Mª Teresa Cordeiro

Relatório de Trabalho de Projeto

Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Professora Elsa Monteiro

Outubro 2013

Mª Teresa Cordeiro

Relatório de Trabalho de Projeto

Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Professora Elsa Monteiro

Outubro 2013

DECLARAÇÕES

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

____

Setúbal, ... de .... de ....

Declaro que esta Dissertação/Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

____

Setúbal, ... de .... de ....

Aos meus pais, por aquilo que sou e pela alegria que terão, nos "Jardins do Paraíso", ao verem concretizada mais uma etapa da minha vida.

Ao Valter, pela compreensão, disponibilidade, carinho e ajuda.

Aos meus irmãos pelo apoio e carinho.

Ao Miguel e ao Guilherme, pelo tempo que não lhes pude dedicar, mas também pela alegria que trouxeram à minha vida e que ajudou a superar os momentos difíceis.

" (…) Caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar (…) "

António Machado

AGRADECIMENTOS

Um especial obrigado à Professora E.M., à Enfermeira N.R. e à Enfermeira P.M., pela disponibilidade, orientação e incentivo.

A todos os que de algum modo contribuíram para a minha formação e concretização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho visa apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) realizados no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, em contexto de estágio integrado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e fazer uma análise reflexiva sobre as aprendizagens adquiridas à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No PIS, abordámos uma temática relacionada com o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) no SUG. Cientes da importância do uso de EPI na prevenção e controlo de infeção, aplicámos uma grelha de observação e um questionário à equipa de enfermagem do serviço. Após análise dos dados obtidos, fundamentámos a perceção inicial de que os enfermeiros por vezes não usavam EPI ou usavam-no de forma inadequada, potenciando a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). A IACS constitui um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade e o uso de EPI faz parte integrante das precauções básicas garantindo a segurança dos profissionais e dos clientes (Pina et al, 2010). Propusemo-nos, então, divulgar boas práticas no uso de EPI desenvolvendo atividades como, formação/treino dos enfermeiros no uso de EPI, atualização do Procedimento Geral de Seleção de EPI e elaboração de instrumento de auditoria às práticas.

Após deteção de necessidades através de entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem e observação na prática, desenvolvemos o PAC. Elaborámos procedimento sobre cuidados de enfermagem ao cliente com entubação endotraqueal, assim como tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa e desenvolvemos estratégias relacionadas com evacuação de clientes do SUG.

Palavras-chave: – EPI. IACS. Instrumento de auditoria. Metodologia de projeto.

ABSTRACT

This paperwork aims to present Service Intervention Project (SIP) and the Clinic Apprenticeship Project (CAP) made in the General Urgency Service (GUS) of an Hospital Centre on the South Side of Tejo, in context of internship integrated in the study plan of the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing of the Superior School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal, and to do a reflexive analysis of the learning acquired under the Specialist Nurse common and specific skills in a Critical Situation person and Master in Medical-Surgical Nursing.

In the SIP, we approach a thematic related with the use of personal protective equipment (PPE) in the. Aware of the importance of the use PPE in the prevention and control of infection, we applied an observation grill and a questionnaire to the service nursing team. After analysis of the obtained data we substantiated our initial perspective that nurses sometimes didn’t wear the PPE nor used it in the proper way, enhancing the Health Care Associated Infection (HCAI). The HCAI constitutes a health problem due to the high morbility and mortality and the use of PPE is an integrant part of the basic precautions guaranteeing the professionals and the clients’ safety (Pina et al, 2010). So we proposed to spread good practices in the use of PPE developing activities like formation/training of the nurses in the use of PPE, updating the Selection of PPE General Proceeding and elaboration of auditing instruments to the practices.

After detecting the necessities trough non structed interviews with the nursing team and observation in practice, we developed a CAP. We prepared a proceeding about nursing cares to the endotracheal intubation and a compatibilities table of drugs administrated intravenously and developed strategies related with clients’ evacuation of the GUS.

Key words: Audit tools. HCAI. PPE. Project methodology.

SIGLAS

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CDC – Centers for Disease Control Prevention

CHMST – Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

GGRSD – Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente

HPS – Health Protection Scotland

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS – Projeto de Intervenção no Serviço

PPE – Personal Protective Equipment

RPN – Risk Priority Number

SO – Sala de Observações

SUG – Serviço de Urgência Geral

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

O desenvolvimento económico e social exige a aquisição de novos conhecimentos, mudança de atitudes/comportamentos e desenvolvimento de competências, de forma a responder às necessidades da sociedade e ao desenvolvimento pessoal. Para que haja um acompanhamento do conhecimento, os indivíduos devem "aprender a aprender", ou seja aprender ao longo da vida, aliando os novos saberes aos saberes adquiridos através da experiência. É necessário demonstrar capacidades de comunicação, trabalho em equipa, autonomia, responsabilidade, decisão, criatividade e trabalhar em projetos. Como refere Mão de Ferro (1999:15) "*É preciso adequar a formação dos indivíduos às novas exigências do mundo do trabalho, ao desafio das novas tecnologias e às novas responsabilidades que a cada um são exigidas".*

É através da formação que o enfermeiro adquire competências para perceber determinados fenómenos e a partir daí tomar decisões e intervir de forma assertiva, desencadeando processos de empreendedorismo e proactividade, atingindo-se assim Cuidados de Enfermagem de Excelência. Segundo o Código Deontológico, inserido no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artigo 88º, alínea c), (2009:77) *o* enfermeiro para atingir a excelência do exercício deverá *"Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.*"

Entendendo que a formação conduz à mudança, frequentámos o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de forma a adquirir e desenvolver novas competências (competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica), assim como maior autonomia para a prestação de cuidados de enfermagem.

No âmbito do plano de estudos do curso supracitado estavam definidos três estágios articulados entre si a efetuar no 2º e 3º semestre, relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Estes estágios realizaram-se num Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo (CHMST), constituído pelo hospital x e y e

decorreram no Serviço de Urgência Geral (SUG) - do hospital x. O estágio III foi realizado no período de 19 de março a 11 de julho de 2012, com um total de 432 horas (209 horas de trabalho de formando, 209 horas de contacto em estágio e 14 horas na Escola Superior de Saúde), em que foi executado e avaliado o formulado no estágio II e diagnosticado no estágio I relativamente ao Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) e Projeto de Aprendizagem Clinica (PAC), que se realizaram no período de 26 de setembro de 2011 a 8 de fevereiro de 2012. É de referir que foi realizado estágio opcional de observação na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) e Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente (GGRSD) do CHMST no total de 24h cada, no período de 18 a 27 de abril de 2012 e 7 a 18 de maio de 2012 respetivamente. Os estágios foram orientados pela Professora E.M., Enfermeira Especialista N.R. e coorientados pela Enfermeira Especialista P.M.

Integrado no plano de estudos do 1ºCurso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no final do estágio III era-nos proposto a realização de um relatório de Trabalho de Projeto, a fim de ser submetido a discussão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Segundo Ruivo et al. (2010:32) “ *O relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo (...) ”.* Schiefer et al. (2006:184 In. Ibid., 2010) acrescenta que *“ (…) a principal vantagem da realização do relatório, reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento”.*

Deste modo, ao elaborarmos este trabalho, temos como objetivo geral:

- Analisar e refletir sobre o trabalho realizado no âmbito do PIS e do PAC, desenvolvidos ao longo dos estágios integrados no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Como objetivos específicos:

- Descrever o enquadramento concetual e teórico do PIS e PAC.
- Explicitar o PIS e o PAC desenvolvidos ao longo dos estágios.
- Enumerar as competências de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquiridas ao longo do curso acima referido.

O trabalho por sua vez encontra-se dividido em cinco partes, a primeira é alusiva

ao enquadramento concetual, a segunda parte ao PIS onde se descrevem as etapas da metodologia de projeto (diagnóstico de situação, identificação e análise do problema, planeamento, execução e avaliação), a terceira parte é constituída pelo PAC e a quarta parte sintetiza as aprendizagens adquiridas/aprofundadas no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, fazendo-se em simultâneo alusão aos contributos dos módulos de Supervisão de Cuidados, Seminário de Peritos, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem a Clientes em Situação de Urgência. Na última parte faremos uma reflexão onde serão descritos os aspetos facilitadores e constrangedores, analisando os objetivos definidos e o trajeto percorrido.

É de referir que no sentido de proteger os direitos das pessoas que colaboraram neste projeto, bem como da instituição hospitalar em que foi aplicado, foi respeitado o anonimato, sendo as pessoas identificadas pelas iniciais do nome e a unidade hospitalar designada como um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

1 – ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem 6 categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem- estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Critica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi Vitima, Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados à Pessoa em Situação Critica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Neste enunciado são referidos elementos importantes na prevenção e controlo de infeção como, a participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica, a participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção a implementar no serviço/unidade, a liderança na implementação do plano de intervenção e controlo de infeção, nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção, face às vias de transmissão na pessoa em situação critica e a capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica (OE, 2011).

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos, de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a

prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional (OE, 2001).

Neste contexto e no sentido de melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados ao cliente no SUG, na área da prevenção e controlo da infeção (PIS),na área da pessoa com doença crítica e/ou falência orgânica e na área da catástrofe ou emergência multi vitima (PAC), escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos, o **modelo concetual de Nancy Roper**.

A finalidade dos cuidados de enfermagem segundo Collière (1999:241) *"consiste em permitir aos utilizadores desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta".*

Cuidar da pessoa constitui um todo coerente e indivisível, no qual todos os elementos se interrelacionam e no qual o que é importante ou secundário, depende da perceção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a sua vida. O ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos científicos e às competências técnicas revelam-se como elementos cruciais para um cuidar de qualidade (Hesbeen, 2001).

Qualidade de cuidados de saúde é o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos clientes, após ser considerado o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes (Donabedin, 1980 In Ferreira, 1991).

Para se garantir a qualidade nos cuidados de saúde é essencial elaborar um programa de garantia da qualidade, avaliar de forma sistemática a execução do programa e definir o modelo concetual a aplicar. A qualidade deve ser reconhecida como o produto final de uma rede de trabalho de diversos prestadores, com níveis diferentes de formação, mas contribuindo todos para o resultado final (Ribeiro et al., 2008).

A implementação de um sistema de qualidade é o início mais viável para projetos relacionados com a qualidade total, o que representa a procura da satisfação não só do cliente, mas de todas as entidades significativas na existência e da excelência organizacional (Donabedian, 1980 In Paim et al., 2007).

Num projeto na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de

enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão**.** Pearson et al. (1992:12) referem que “ *O modelo de enfermagem, sobre o qual assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar”.*

Sob o ponto de vista epistemológico que estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento, toda a ciência ou disciplina necessita de identificar e definir o seu domínio próprio de investigação e de prática, o seu objeto de estudo e as metodologias a que recorre, assim como os seus conceitos basilares. Esse processo de concetualização deverá alicerçar-se na perspetiva única de examinar os fenómenos de uma dada área do conhecimento, disciplina ou ciência (Kérouac et al., 2004).

As teorias constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo, para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo, são compostas de conceitos, definições, modelos, preposições e baseadas em suposições. Os conceitos e suas definições são essenciais à compreensão de uma teoria (George et al., 1993).

Uma teoria é a articulação organizada coerente e sistemática de um grupo de afirmações relacionadas com assuntos importantes numa disciplina e que são comunicadas num conjunto também importante permitindo compreender, descrever, explicar, predizer ou prescrever (Apóstolo et al., 2003).

Pensamos que o modelo de Nancy Roper para além de ser o adotado pelo CHMST, onde efetuámos os estágios e desenvolvemos projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente no SUG, se adapta às áreas em que intervimos. Na área da prevenção e controlo de infeção (PIS) tivemos em atenção a perspetiva de manter um ambiente seguro para o cliente. O modelo tem vários componentes sendo um deles as atividades de vida, nestas atividades é referenciado que é necessário manter o ambiente seguro. O conceito de ambiente neste modelo envolve o que é fisicamente externo à Pessoa. Os indivíduos estão expostos a riscos ambientais que ameaçam a sua saúde e o enfermeiro precisa conhecer qualquer problema real ou potencial relacionado com a atividade de vida e manter um ambiente seguro (Tomey et al., 2004), podendo um desses problemas ser o risco de infeção.

Na área da pessoa com doença crítica e/ou falência orgânica e da catástrofe e emergência multivitima, desencadeámos atividades no âmbito do PAC que descreveremos ao longo do trabalho, em que para além do componente referido anteriormente tivemos em

atenção o ciclo vital da pessoa, o continuum dependência/independência, os fatores que influenciam as atividades de vida e a enfermagem individualizada, assim como os conceitos e os pressupostos do modelo que passaremos a descrever.

1.1 – TEORIA DE ENFERMAGEM

O modelo teórico de Nancy Roper, foi desenvolvido por Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney, nos anos 70, embora a primeira publicação "The Elements of Nursing" tenha surgido em 1980 (Gândara, 1991). A quarta publicação surgiu em 1996, tendo sido alargado o nome para "The Elements of Nursing: A Model for Nursing Based on a Model of Living" e em 2000 é publicada uma monografia, The Roper- Logan- Tierney- Modelo of Nursing: Based on Activities of Living (Tomey et al., 2004).

O modelo baseia-se no modelo de vida tendo como núcleo a Pessoa, que é definido como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente. É baseado num modelo de vida por se entender que as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem têm que continuar a "viver", então as enfermeiras têm que conhecer a individualidade da existência para poderem planear, implementar e avaliar uma enfermagem individualizada de forma a, impedir que problemas potenciais se tornem reais, aliviar ou resolver problemas reais, lidar de forma positiva com os problemas que não podem ser solucionadas, impedir o reaparecimento de problemas tratados, lidar de forma positiva com os estados terminais, a morte e a perda (Op. Cit, 2004).

O modo igual de pensar do modelo de vida e do modelo de enfermagem, tal como referem; Roper et al. (2000:85) " (…) *encorajará a menor perturbação do padrão de vida da pessoa durante o tempo em que esta precisar de cuidados de enfermagem, a menos que necessite de ajuda para aprender a lidar com um estilo de vida diferente."*

O principal objetivo do modelo é atingir a autosatisfação do indivíduo, contando este com a colaboração do enfermeiro para atingir o máximo de independência em cada atividade de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontra.

O modelo tem vários **pressupostos**, no entanto, referimos os que mais se adaptam à temática em que intervimos:

- ✓ A vida pode ser descrita como um conjunto de atividades de vida.
- ✓ A forma como as atividades de vida são realizadas por cada pessoa contribui para a individualidade da existência.

- ✓ O indivíduo é avaliado em todas as fases do ciclo vital.
- ✓ Ao longo do ciclo vital até à idade adulta o indivíduo tende a tornar-se cada vez mais independente nas atividades de vida.
- ✓ Enquanto a independência nas atividades de vida é valorizada, a dependência não deve diminuir a dignidade do indivíduo.
- ✓ A forma como um indivíduo desempenha as atividades de vida pode flutuar dentro de uma variedade do normal para essa pessoa.
- ✓ O conhecimento individual, atitudes e comportamentos relacionados com as atividades de vida são influenciados por uma variedade de fatores que podem ser categorizados amplamente como físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos.
- ✓ Quando um indivíduo está “doente”, podem existir problemas (reais ou potenciais) com as atividades de vida.
- ✓ Durante as etapas de vida, a maioria dos indivíduos sofre um número significativo de acontecimentos de vida, que podem afetar a forma como eles desempenham as suas atividades de vida e podem levar a problemas reais ou potenciais.
- ✓ O conceito de problema potencial incorpora a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença e identifica a enfermeira como professora de saúde, mesmo numa situação de doença.
- ✓ Dentro de um contexto de assistência à saúde, a enfermeira trabalha em parceria com o doente/cliente que é uma pessoa autónoma capaz de tomar decisões, exceto em situações especiais.
- ✓ As enfermeiras fazem parte de uma equipa multiprofissional de saúde que trabalha em parceria para o benefício do cliente/doente e pela saúde da comunidade.
- ✓ A função específica da enfermagem é ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as atividades de vida (Tomey et al., 2004).

Os **conceitos** subjacentes ao modelo são:

- ❖ **Pessoa -** É o sistema aberto em relação permanente com o seu meio ambiente, adapta-se, desenvolve-se, tende para a independência e caracteriza-se pelas atividades de vida que consegue realizar. É entendida como satisfazendo as 12

atividades de vida de acordo com o estado de dependência/independência para cada uma delas.

- **Ambiente** - Engloba o que é fisicamente externo à Pessoa, destacando a interação de fatores psicológicos e socio culturais com fatores ambientais. O ambiente é de tal forma importante que a manutenção de ambiente seguro é uma das 12 atividades de vida.
- **Saúde** - Não há um estado de saúde absoluto. É o indivíduo que julga de uma forma subjetiva se se sente bem ou mal. Saúde é o resultado esperado quando se impedem problemas potenciais de se tornarem reais.
- **Enfermagem** - É o modo de ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou enfrentar os problemas relacionados com as atividades de vida. (Op.Cit., 2004).

Há **cinco componentes** no modelo:

- **Atividades de vida** - A escolha de atividades de vida como centro em vez do conceito de necessidades humanas como referia Virgínia Henderson, foi deliberado porque "atividade" pode ser descrita e por vezes medida. As atividades de vida estão intimamente relacionadas, podendo uma influenciar outra. Os enfermeiros devem estar conscientes que situações diferentes criam prioridades diferentes, devendo decidir acerca da relevância e prioridades relativas das atividades de vida (Gândara,1991).Pode não ser necessário compilar todas as atividades de vida para todos os clientes, somente as mais relevantes precisam ser consideradas. As 12 atividades de vida consideradas neste modelo, são:
  - ***Manter o ambiente seguro*** - Os indivíduos estão expostos a riscos ambientais que ameaçam a sua saúde, segurança e até a sua vida. Há várias ações que contribuem para manter um ambiente seguro e que têm um caráter essencialmente preventivo; prevenção de acidentes, infeções, incêndios e contaminação. Os problemas potenciais poderão ser:, risco de acidente, risco de infeção, mudança de ambiente /rotina, abuso físico, emocional ou sexual e perturbações sociais.
  - ***Comunicar***
  - ***Respirar***
  - ***Comer e beber***
  - ***Eliminar***

- ***Higiene pessoal e vestir-se***
- ***Controlo da temperatura do corpo***
- ***Mobilizar-se***
- ***Trabalhar e divertir-se***
- ***Exprimir a sexualidade***
- ***Dormir***
- ***Morrer** (*Roper et al., 2000).

- C**iclo de vida -** O ciclo vital vai desde o nascimento até à morte e cada pessoa tem um ciclo de vida diferente. Existem vários estadios de vida caraterizados por um desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social que influencia o modo como cada um realiza as suas atividades de vida. O estadio do ciclo vital influencia todas as etapas do processo de enfermagem e está inerente ao conceito de enfermagem individualizada.
- **Continuum dependência/independência** - Varia da dependência total para a independência total e é aplicado diretamente a cada atividade de vida. A comparação do estadio dependência /independência das pessoas com o ciclo vital é necessário, porque nem todas as pessoas nasceram com o mesmo potencial para se tornarem independentes em todas as atividades de vida. Um aspeto importante de enfermagem, é apreciar o nível de independência da pessoa face a cada atividade de vida e julgar em que direção e com que intensidade deve ser ajudada para se deslocar no continuum dependência/independência.
- **Fatores que influenciam as atividades de vida** - Os fatores que influenciam as atividades de vida, são agrupados em cinco categorias: **biológicos** (dizem respeito ao desenvolvimento anatómico e fisiológico do corpo humano), **psicológicos** (influenciam a duração da vida, especialmente o desenvolvimento intelectual e emocional e têm impacto no nível de independência da pessoa) **socioculturais** (agrupa os aspetos espirituais, religiosos e éticos da vida), **ambientais (**o ambiente externo é muito importante para um estilo de vida saudável e para o indivíduo desempenhar as atividades de vida) e **político-económicos** (diz respeito à integração de aspetos de vida que têm uma relação jurídica). Estes fatores são discutidos em cada uma das 12 atividades de vida realçando a individualidade de vida.

- **Enfermagem individualizada** - O objetivo de concetualizar a enfermagem de acordo com os quatro conceitos do modelo de enfermagem, é identificar o modelo individual de vida e os problemas reais e potenciais em qualquer atividade de vida, para que o enfermeiro possa individualizar os cuidados de enfermagem. A pessoa está no centro do modelo e os cuidados de enfermagem serão executados na medida das circunstâncias individuais e não por imposição dos enfermeiros, para impedir que problemas potenciais se tornem reais. Deve-se aliviar ou resolver problemas reais, lidar de forma positiva com problemas que não podem ser solucionados, impedir o reaparecimento de problemas solucionados e lidar de forma positiva com os estados terminais, a morte e a perda. Consegue-se uma enfermagem individualizada utilizando o processo de enfermagem com as suas quatro fases (apreciação, planeamento, implementação e avaliação). É feita uma apreciação das 12 atividades de vida em conjunto com o cliente, definindo o que este pode ou não fazer em cada uma delas. Todas as atividades que não são realizadas com independência são tratadas como problemas. Os problemas são transferidos para o plano de cuidados e definidas intervenções de enfermagem centradas na obtenção de independência do cliente nas atividades de vida ou na aceitação da dependência (Tomey et al., 2004; Roper et al., 2000).

Este modelo centra-se na realização das atividades de vida, concentra a energia do indivíduo no processo de viver o mais independentemente possível, levando-o a saber enfrentar a dependência quando é essa a alternativa.

Consideramos que o PIS que desenvolvemos e que descreveremos ao longo do trabalho, se integra neste modelo visto preconizarem-se cuidados de enfermagem que previnam e controlem o risco de infeção, para que o cliente no continuum dependência/independência se possa tornar o mais independente possível nas atividades de vida. Daremos ênfase aos comportamentos e às atitudes preventivas relacionadas com o ambiente envolvente do cliente, que o enfermeiro deverá desenvolver para impedir que o problema potencial de infeção se torne real, levando a que a atividade de vida- manter ambiente seguro- não seja alterada e não interfira nas outras atividades.

No enunciado descritivo satisfação do cliente dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, é referido que o empenho do enfermeiro especialista em minimizar o impacto negativo na pessoa em

situação crítica, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde, é um elemento importante que levará à procura dos mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença critica ou falência orgânica, procurando-se assim a excelência no exercício profissional (OE, 2011). Nesta perspetiva desencadeámos ações, tendo por base o modelo adotado, que contribuíram para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, no que concerne à seleção e uso de EPI pelos enfermeiros, minimizando-se assim a potencial infeção no ambiente de cuidados. Para aprofundar a temática abordada no PIS, achámos pertinente efetuar pesquisa bibliográfica no âmbito dessa matéria e que abordaremos de seguida.

1.2 – INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A infeção é uma complicação frequente nos cuidados de saúde, que tem um impacto importante no cliente e nos serviços de saúde, mas que pode ser evitável (Wilson, 2003).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007), a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade. De acordo com a mesma fonte a IACS está relacionada com todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, sendo importante assegurar a comunicação e articulação entre as diversas unidades de saúde para a identificação desta infeção a fim de se reduzir o risco de infeção cruzada.

O termo IACS, torna-se mais abrangente relativamente à designação de infeção nosocomial, uma vez que que esta exclui o ambulatório. Como refere Martins (2001) a infeção nosocomial é toda a infeção que se desenvolve em consequência dos cuidados prestados no hospital e de que o cliente não era portador no momento da admissão. Segundo Pina et al. (2010) desconhece-se a proporção de IACS que são potencialmente evitáveis, mas estudos efetuados no Reino Unido, concluíram que pelo menos 20% de todas as infeções seriam provavelmente evitáveis.

Já em 2007 a DGS referia que estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis. A IACS surge muitas vezes por recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica

antibiótica agressiva ou imunossupressora e a internamentos recorrentes nas unidades hospitalares (DGS, 2007).

De forma a tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde foi reformulado em 2007, visando conhecer a realidade nacional, através da sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre infeção nas unidades de saúde, para que seja promovida a diminuição da incidência da IACS em Portugal, contribuindo para a segurança do doente (Op. Cit., 2007).

Segundo o Relatório do Inquérito de Prevalência de Infeção de março de 2009 que incluiu 114 hospitais portugueses, houve uma prevalência de 11,0% de IACS em 9,8% de clientes internados (DGS, 2009).

O Relatório de Prevalência de Infeção de 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde realizado em Portugal que incluiu 97 hospitais, revela que a taxa de prevalência de infeção nosocomial foi de 11,7% em 9,8% de clientes internados. Embora o principal objetivo do inquérito de prevalência seja o estudo da infeção nosocomial, foram analisados dados relativamente aos clientes internados com infeção da comunidade e um total de 4377 clientes (22,3%) tinham assinalado pelo menos uma infeção da comunidade. Tal situação reforça a importância do problema da IACS, visto que também os clientes com infeção adquirida na comunidade constituem fontes de transmissão cruzada nas instituições de saúde (DGS, 2010).

A IACS, para além de constituir um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade tem custos associados sendo, no entanto, difícil atribuir-lhe um custo (Op. Cit., 2010). Mas se considerarmos o prolongamento dos internamentos, o aumento da utilização de fármacos, o recurso a exames complementares de diagnóstico, a necessidade de isolamento, para além dos custos indiretos relacionados com a perda de produtividade por parte do cliente, os custos económicos aumentam consideravelmente (Ducel et al., 2002).

No Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar do Ministério da Saúde de Portugal (2011), é proposto a redução para metade da taxa de infeção nos próximos 3 anos, de modo a reduzir os custos com a infeção nosocomial. Mas para tal são necessárias algumas condições entre elas, a existência de recursos suficientes, esforço coordenado com as iniciativas da DGS com lares e unidades de cuidados continuados de forma a reduzir os impactos cruzados de altas taxas de infeção institucional, apoios

internacionais para a transferência de boas práticas, reflexo financeiro quer das más práticas/maus resultados, quer das boas práticas/ bons resultados e transparência com comunicação dos dados da infeção nosocomial.

Para se atingirem estas metas são essenciais algumas medidas, entre elas reduzir de 11,7 até 5% a prevalência de infeções adquiridas no hospital (que é o valor da taxa de prevalência da infeção nosocomial mais baixo dos países europeus) e promover a recertificação de profissionais de saúde com formação periódica dirigida à atualização de conhecimentos e à prática clinica (Op. Cit., 2011).

O referido anteriormente vem de acordo com o que referem Pina et al. (2010:36*)* *"Há evidência de que fatores organizacionais (cultura de segurança e rácios de enfermagem) influenciam a adesão dos profissionais de saúde às recomendações das práticas de controlo de infeção".*

O aumento de clientes internados com doença crónica, idade avançada assim como o recurso cada vez maior a procedimentos e técnicas invasivas, conduzem à probabilidade de infeção. A utilização de dispositivos médicos nem sempre é inócua, abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos. Estes microrganismos poderão estar relacionados com infeções na corrente sanguínea (infeção nosocomial da corrente sanguínea), pulmões (infeção associada a ventilação) ou nas vias urinárias (infeção do trato urinário). A segurança do cliente está relacionada por um lado com o cliente e por outro com os cuidados prestados que envolvem características individuais e organizacionais. A eficácia das ações para prevenção e controlo de infeção está relacionada com os programas de controlo de infeção implementados. Esta situação deve ter uma abordagem prioritária nas instituições de saúde, para reduzir o risco de transmissão de infeção cruzada e para deteção precoce das infeções, para que haja uma intervenção eficaz e melhoria dos resultados (Op. Cit., 2010).

A diminuição das taxas de infeção, são entendidas como um bom indicador de qualidade, sendo assim a prevenção é essencial como garante da qualidade dos cuidados prestados (Campos et al., 2006).

Segundo Pina et al. (2010) a prevenção e o controlo de IACS representa um custo para a Instituição, mas não podem ser ignorados os benefícios potenciais, embora devido à sua complexidade não seja possível demonstrar que uma infeção foi evitada e atribuir-lhe um custo.

Para Souza et al. (2011) os enfermeiros podem contribuir para a redução dos

índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução. Ao comungarmos com esta opinião, entendemos que a prática dos cuidados de enfermagem é fulcral na prevenção e controlo de infeção, visto os enfermeiros serem os profissionais que mantêm um contacto frequente e permanente com o cliente internado. Sendo assim, é essencial que as boas práticas sejam uma constante no seu exercício profissional.

Mas, embora recaia sobre os enfermeiros uma grande responsabilidade na prevenção e controlo de infeção, as suas ações estão relacionadas com políticas governamentais, institucionais, relações interpessoais, normatização dos serviços, medidas de prevenção e controlo. Os enfermeiros sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controlo das infeções, mas essas dificuldades não devem constituir fatores impeditivos, mas sim levar à procura de caminhos alternativos que avancem na perspetiva do controlo das infeções (Pereira et al., 2005).

É fundamental intensificar a vigilância e implementar medidas de prevenção e controlo de infeção mais eficazes. É essencial sobretudo aumentar a adesão dos hospitais aos programas nacionais de vigilância das infeções, dirigidos aos serviços de maior risco, como as Unidades de Cuidados Intensivos (HELICS-UCI), os Serviços de Cirurgia (HELICS – Cirurgia), as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, tendo em atenção as infeções mais graves, tais como as infeções nosocomiais da corrente sanguínea (DGS, 2009).

Segundo a Circular Normativa Nº18/DSQC/DSC de 15/10/07 e Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde devem ter uma Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) dotada de recursos humanos e logísticos no sentido de cumprir um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção, nomeadamente; a vigilância epidemiológica; a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação a profissionais de saúde, utentes e visitantes; consultadoria e apoio (DGS, 2008).

A equipa da CCIH deve ser multidisciplinar, constituída por profissionais das unidades de saúde, apoiada pelos Órgãos de Gestão e ter por missão, planear, implementar e monitorizar um plano operacional de prevenção e controlo da infeção, de acordo com as diretivas ministeriais, nacionais, regionais e as características e especificidades das unidades de saúde. Deve integrar um núcleo executivo (coordenador (médico ou enfermeiro), enfermeiro de controlo de infeção, apoio administrativo); núcleo de apoio

técnico e consultivo (profissionais de diversas áreas de assistência ao cliente, profissionais de outras áreas de intervenção e comissões e grupos de trabalho relevantes no controlo de infeção); núcleo de membros dinamizadores ou elos de ligação (deve ser composto por 2 membros de cada grupo profissional dos serviços, fazendo a ligação entre a CCIH e os serviços/departamentos /unidades funcionais) (DGS, 2007).

Segundo o Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, a CCIH é um elemento crucial no processo de melhoria contínua da qualidade, sendo da responsabilidade dos profissionais cumprir as normas e orientações emanadas da CCIH, na prática clinica, para prevenir e/ou reduzir as IACS (Op. Cit., 2008).

É necessário que em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde ao cliente, existam ações que previnam a transmissão cruzada de microrganismos. Estas ações são a primeira barreira de segurança nos cuidados de saúde e constituem as Precauções Básicas e Isolamento (Pina et al., 2010).

O conceito de aplicação de medidas de controlo de infeção por rotina, nos cuidados a todos os clientes independentemente de se saber ou não se têm infeções, foi recomendado pela primeira vez no final da década de 1980 pelo Centers for Disease Control Prevention (CDC). Em 1987, foi proposto um novo sistema chamado de isolamento, pois ao serem desencadeadas medidas de precauções básicas que previnam a transmissão a partir de clientes que não se sabe se estão ou não a incubar ou colonizados por microrganismos patogénicos, simplificam-se as medidas de isolamento a aplicar aos clientes com doença infeciosa conhecida (Wilson, 2003).

Em 2007 surgem as mais recentes atualizações sobre a prevenção e o controlo da transmissão cruzada de agentes nos cuidados de saúde “Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Setting” pelo CDC com a finalidade de, fornecer recomendações sobre a prevenção e o controlo da IACS para todos os contextos de cuidados de saúde, reafirmar as precauções básicas como a base da prevenção na transmissão de microrganismos durante os cuidados de saúde e a importância das precauções específicas baseadas na situação clínica do cliente e no agente infecioso provável até a etiologia infeciosa ser determinada, assim como fornecer recomendações baseadas na evidência (Op. Cit., 2010).

As recomendações como precauções básicas no contexto de cuidados de saúde, implicam higienização das mãos, descontaminação de material e equipamento clínico,

controlo ambiental, serviços hoteleiros, resíduos hospitalares/corto-perfurantes, colocação de clientes, higiene respiratória/etiqueta da tosse, práticas seguras para injetáveis, vacinação e o uso apropriado de EPI (Op. Cit., 2010).

1.2.1 – Medidas de Prevenção de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde – Equipamento de Proteção Individual

Os enfermeiros são os profissionais que mais permanecem em contacto físico com os clientes e consequentemente estão mais sujeitos ao risco de infeção, assim como podem ser o elo mais evidente na transmissão de infeção. Para evitar os riscos de contaminação, os enfermeiros devem conhecer e adotar no seu ambiente de trabalho as medidas de precauções básicas. Estas medidas previnem a expansão de infeção, geralmente vinculada a sangue, fluidos corporais (exceto o suor), secreções, pele e mucosas com lesões (Martins, 2001).

Segundo Pina et al. (2010:33) *" (...) o uso de EPI faz parte integrante das Precauções básicas, tendo vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança não só do PS, mas também dos doentes"*.

A Diretiva 89/686/CEE publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias Nº L 399 de 30 de dezembro, p.18, define EPI como*" (...) qualquer dispositivo ou meio que se destine a ser envergado ou manejado por uma pessoa com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança"*. Esta Diretiva é transposta para a ordem jurídica interna pelo Decreto-Lei nº 348/93, que pretende cumprir a exigência minima de indicações de segurança e saúde, no mercado interno, que levará à melhoria do nível de prevenção e proteção dos trabalhadores na utilização de EPI (Diário da República Nº 231 de 1-10 -1993).

A decisão de usar ou não EPI (luvas, bata/avental, máscara, óculos entre outros) e quais os equipamentos a usar em cada momento da prestação de cuidados devem ser baseados na avaliação de risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do fardamento, pele ou mucosas do pessoal de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente (Pratt, 2001 In Pina et al., 2010).

Segundo Clarke et al. (2002 In Pina, 2007) o uso de EPI só é eficaz se estiver disponível, for apropriado às condições de trabalho e risco da instituição, seja compatível entre si se utilizado em simultâneo e cumpra as diretivas referentes ao seu desenho,

certificação e teste. Pina (2007), acrescenta ainda que o EPI reduz mas não elimina o risco de transmissão e só é efetivo se usado corretamente e em cada contacto. O seu uso não substitui as medidas básicas de higiene nomeadamente a higienização das mãos, devendo-se evitar o seu contacto com superfícies, roupas ou pessoas. O EPI utilizado nos clientes deve ser considerado de risco biológico e eliminado para autoclavagem, incineração ou método alternativo.

A utilização de EPI relaciona-se com a aceitação deste por parte dos trabalhadores (Krawsky et al., 1997). Muitas vezes observa-se o uso inadequado ou o desuso de EPI por parte dos enfermeiros, executando o "cuidar " na perspetiva do "fazer" e não adotando medidas de biossegurança necessárias à sua proteção e à do cliente (Souza et al., 2011).

Um estudo efetuado por Mafra et al. (2008) demonstra que os enfermeiros percebem a importância do uso de EPI e têm conhecimento dos riscos biológicos a que estão expostos, mas essa perceção não é suficiente para a sua utilização na prática. A utilização adequada e frequente de EPI pelos enfermeiros desempenha um papel importante na redução do risco de infeção, bem como na sua proteção.

A pedra basilar da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde são as recomendações das Precauções Básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do EPI. A segurança e gestão de risco nos cuidados de enfermagem são aspetos fundamentais na qualidade, prevenindo ou reduzindo a ocorrência do erro, garantindo-se assim a segurança do cliente, dos profissionais e da Organização (Op. Cit., 2010).

O uso de **bata** é indicado para proteger a roupa e a pele do profissional reduzindo o risco de infeção cruzada a outros clientes através da roupa. As batas podem ser esterilizadas ou limpas (permeáveis e impermeáveis), de uso único ou reutilizáveis. As batas impermeáveis estão recomendadas em procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa/pele com sangue ou fluidos orgânicos, as esterilizadas em procedimentos invasivos com técnica assética e as limpas em procedimentos sem risco de contaminação da roupa/pele com sangue ou fluidos orgânicos. Na utilização de bata está indicado, selecionar a bata de acordo com o procedimento a realizar e com a quantidade de líquidos que se prevê que sejam produzidos, mudar de bata entre clientes e entre procedimentos no mesmo cliente que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos e ser removida imediatamente após procedimento (HPS - PPE Aprons/Gowns, 2012).

Os **aventais** estão recomendados para uso geral em que não haja necessidade de

proteger os membros superiores, protegendo a roupa do profissional. Deverão ser utilizados em procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa por fluidos orgânicos. É adequado selecionar aventais de plástico descartável e mudar entre clientes e entre procedimentos no mesmo cliente que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos. Deverão ser descartados, após virar do avesso e enrolar (Op. Cit., 2012).

O uso de **máscara** é recomendado em todos os procedimentos em que haja risco de salpicos contendo sangue, líquidos orgânicos, secreções ou excreções (Pratt et al.,2001 In Pina, 2006). O objetivo é por um lado proteger o cliente da libertação potencial de partículas contendo microrganismos e por outro proteger o profissional de saúde contra a exposição mucocutânea de gotículas e salpicos (Pina et al., 2010).

A proteção da face faz parte das recomendações básicas para proteção dos profissionais contra as contaminações biológicas. Vários tipos de máscara com ou sem viseira proporcionam uma proteção específica ou mais alargada e devem ser selecionadas em função do tipo de exposição esperada e do tipo de interação com o cliente. Quando são utilizadas pelos profissionais com a finalidade de protegerem o ambiente, são consideradas dispositivos médicos, na utilização para proteção dos profissionais são consideradas como equipamento de proteção individual. (Op. Cit., 2006).

As máscaras protegem a face, nariz, boca e por vezes os olhos (com viseira), devendo tapar completamente a face. Devem ficar bem ajustadas à face, não devem estar penduradas em volta do pescoço e se tiverem uma camada impermeável protegem contra o risco de projeção de líquidos biológicos (fluido resistentes) (HPS-PPE Surgical Face Masks, 2012). Podem ser de procedimentos, cirúrgicas e cirúrgicas com viseira. As de procedimentos estão recomendadas em ações sem risco de contaminação da face com sangue ou fluidos orgânicos. As cirúrgicas (fluido resistentes) estão indicadas em procedimentos com salpicos e aerossolização de sangue, fluidos orgânicos ou de desinfetantes que contaminem a face, assim como em procedimentos com técnica estéril, contacto com clientes em isolamento de gotícula e doentes em isolamento de via aérea. As cirúrgicas com viseira (fluido resistentes) estão aconselhadas em procedimentos com salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face e a mucosa ocular (CDC, 2007). Na utilização de máscaras está indicado descartar a máscara após contacto com o cliente, pelos atilhos e ser o último EPI a ser removido (Op. Cit., 2012).

O uso de **proteção ocular** que por vezes se encontra junto à máscara (máscaras com viseira), é recomendado sempre que se preveja que haja salpicos de gotículas ou aerossolização de sangue ou outros líquidos orgânicos que possam afetar as mucosas dos olhos (Scheidt et al., 2006 in Souza et al., 2011).

Os óculos de uso pessoal, não substituem o uso de óculos de proteção. Estes, devem tapar os olhos, mesmo lateralmente e o anti-embaciamento é importante para permitir uma boa visualização, estando recomendados em procedimentos em que se prevê que possam ocorrer salpicos e/ou aerossolização de fluidos orgânicos, de sangue ou de desinfetantes, que contaminem os olhos. Devem ser mudados se contaminados ou no fim do procedimento e remover sem luvas, afastando-os da face. (HPS- PPE Eye/Face Protection, 2012).

O uso de **luvas** nos cuidados de saúde tem por finalidade proteger o cliente da transferência de microrganismos a partir do profissional e dos materiais e equipamentos contaminados, assim como proteger o profissional contra a transferência de microrganismos do cliente e dos materiais e equipamentos contaminados (Pina, 2006). Segundo a mesma autora (2006:30) as principais funções das luvas são:

> *"Barreira de proteção contra a contaminação das mãos dos profissionais no contacto com pele lesada e mucosas, sangue e líquidos orgânicos como secreções ou excreções; redução da transferência de microrganismos das mãos dos profissionais para os doentes durante a prestação de cuidados que envolvam contacto com pele lesada e mucosas; redução da possibilidade de contaminação das mãos dos profissionais no manuseamento de materiais e equipamentos e transmissão entre doentes; proteção da pele contra riscos químicos, térmicos, de radiações."*

As luvas têm microporos e por vezes após contacto com líquidos perdem a sua impermeabilidade, então dever-se-á cobrir os cortes e outros ferimentos que possam existir nas mãos com adesivos impermeáveis antes de calçar as luvas, estas devem ser colocadas imediatamente antes da execução do procedimento e removidas logo após a sua execução (não se devendo usar as mesmas luvas, de cliente para cliente assim como para procedimentos diferentes no mesmo cliente). Quando se usa outro tipo de EPI, as luvas devem ser as últimas a ser colocadas e substituídas se estiverem perfuradas ou rasgadas. O uso de luvas deve ser conjugado com a lavagem das mãos antes da colocação e após remoção das mesmas, sendo o ultimo EPI a ser colocado e o primeiro a ser removido, evitando o contacto com as superfícies exteriores (Op. Cit., 2006).

As luvas são eficazes na prevenção da contaminação das mãos dos profissionais embora não confiram proteção total, podendo até constituir um risco acrescido para

clientes e profissionais (CDC, 2007). Podem ser estéreis ou não estéreis (limpas). As não estéreis estão recomendadas quando existe contacto com sangue ou fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não integra, materiais contaminados, clientes em isolamento de contacto e equipamento e superfícies ambientais contaminados (luvas de borracha de uso doméstico). As estéreis estão recomendadas em procedimentos cirúrgicos e procedimentos com técnica assética (HPS-PPE Gloves, 2012).

É importante ter a consciência de que o EPI só é eficaz se usado corretamente e que o seu uso incorreto, nomeadamente de luvas, aumenta o risco de disseminação de microrganismos pelo ambiente de cuidados de saúde, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade da transmissão cruzada de infeção associada aos cuidados de saúde (Pina et al., 2010).

De seguida, descreveremos as várias etapas da metodologia do projeto que desenvolvemos para resolver o problema detetado em estágio, por sua vez, relacionado com o uso de EPI pelos enfermeiros.

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

O projeto é um plano de trabalho organizado para resolver/ estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão estudar, (Ruivo et al. 2010). Leite et al. (2001), mencionam ainda que a metodologia de projeto, é um conjunto de técnicas e procedimentos que permite prever, orientar e preparar o caminho dos intervenientes ao longo da realização do projeto.

Esta metodologia divide-se em 5 etapas; diagnóstico de situação (que apresenta a importância da situação – problema); definição de objetivos; planeamento (relativamente a estratégias, atividades e meios); execução e avaliação (colocação em prática e avaliação de tudo o que foi planeado) e divulgação dos resultados obtidos. A metodologia de projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas detetados, levando à aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos em contexto real. Há uma interligação entre o conhecimento teórico e a prática (Op. Cit., 2010). Poder-se- á dizer que permite transformar uma situação identificada como problemática numa situação ideal ou mais adequada.

O trabalho de projeto é um processo dinâmico, permitindo a alteração dos procedimentos desenvolvidos ao longo do trabalho, sempre que seja necessário. É um processo baseado na investigação e tentativa de intervenção de forma a resolver o problema, havendo uma ligação entre investigação-ação (Leite, 2001). Tavares (1990:39) refere ainda que "*Projeto é um conjunto de atividades que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico*".

O PIS tem como objetivo permitir o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho, mobilizando aprendizagens e adquirindo competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, adquiridas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Desta forma, definimos uma área de intervenção relacionada com o "Uso de Equipamentos de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência" que permitiu desenvolver a competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, descrita no Regulamento nº 124/2011 do D.R., 2º Série - Nº 35 de 18 de Fevereiro, p. 8657 e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros: ***"Maximiza a intervenção na prevenção***

***e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*”.**

Não sendo desencadeadas e cumpridas as medidas de precauções básicas, como é a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), está-se a promover a transmissão cruzada de microrganismos. Pina et al. (2010:32) referem que:

> "*Precauções Básicas e Isolamento, constituem os alicerces do controlo de infeção (CI), são a primeira "barreira de segurança" nos cuidados de saúde, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão da infeção cruzada de IACS, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, consequentemente, para a segurança dos doentes.*"

A prestação de cuidados de enfermagem específicos ao cliente em situação critica em simultâneo com a sobrecarga de trabalho própria do SUG, são fatores geradores de desafios de forma a prestarem-se cuidados de enfermagem de qualidade, tendo uma perspetiva holística do cliente. Entendemos que o conceito de cuidar inerente à prática de enfermagem, vê a Pessoa numa perspetiva holística, pressupondo o respeito pelos seus valores, cultura, crenças e convicções. Concordamos com Hesbeen (2000:67) quando define cuidados de enfermagem como "*a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem*".

O PIS, como já foi referido anteriormente, foi desenvolvido no SUG do hospital x de um Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, cuja temática se enquadrava na área da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, mais propriamente numa das medidas de prevenção que se prende com o uso de EPI e que seguidamente iremos explanar de acordo com a metodologia de projeto.

2.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação visa a identificação do problema, evolução deste, estabelecimento das causas e fatores de risco inerentes ao problema identificado e determinação das necessidades para se atingir o objetivo de resolução deste (Tavares, 1990).

Este diagnóstico, processa-se recorrendo a instrumentos de diagnóstico (escalas de observação, questionários e entrevistas), mas também através da utilização de instrumentos

de gestão (análise SWOT, a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Stream Analysis). Estes instrumentos permitem identificar e explorar todas as causas possíveis de um problema ou todos os fatores que influenciam um processo (Ruivo et al., 2010).

Por considerarmos que a IACS constitui um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade, com custos elevados associados e que as precauções básicas adotadas pelos enfermeiros contribuem para a sua prevenção, e ao constatarmos aquando da nossa prática diária que alguns enfermeiros do SUG não desencadeavam as medidas de precauções básicas para evitar a infeção cruzada, nomeadamente a utilização de EPI, decidimos desenvolver o PIS no âmbito desta área temática, que se encontra explicitado na ficha de diagnóstico de situação (Apêndice 1).

Como já referimos anteriormente, o Relatório de Prevalência de Infeção de 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde realizado em Portugal, refere que a taxa de prevalência de infeção nosocomial (IACS adquiridas no hospital) foi de 11,7% em 9,8% de clientes internados. De acordo com os dados fornecidos pela CCIH do CHMST, leva-nos a inferir que a taxa de prevalência de infeção desta Instituição é muito semelhante à dos dados nacionais.

Estudos desenvolvidos por Bonnie et al., (2009); Efastathiou et al., (2011); Lio et al., (2010) envolvendo a utilização de EPI pelos enfermeiros, revelam que para além das questões de ordem comportamental e logística, também são apontados como aspetos dificultadores de adesão ao EPI, a falta de tempo, situações de emergência, sobrecarga de trabalho, desconhecimento acerca de uso, entre outros (Souza et al., 2011)**.**

Para uma análise alargada da situação, parece-nos pertinente fazer a caraterização da Instituição onde desenvolvemos o projeto, assim como do SUG.

O CHMST, integra-se na Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, serve uma população de cerca de 214.000 habitantes de acordo com os censos de 2011 e tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamentos e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade dos cuidados numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Promove ainda a satisfação dos clientes, dos profissionais e da comunidade respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições. Os valores defendidos pela instituição são, Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência (Portal Interno - CHMST, 2008).

O SUG do hospital x do CHMST é um serviço de urgência do tipo médico-cirúrgico, consoante o descrito no Despacho nº 727/2007 do DR nº 10 e tem como

objetivos, enquadrados nos objetivos gerais do hospital, garantir a qualidade dos serviços prestados e o impacto na sociedade; garantir as metas de produtividade propostas para o serviço, assim como gerir e motivar os recursos humanos. Começou a funcionar em setembro de 1985 e tem tido ao longo dos anos várias alterações na sua estrutura física e organizativa. Estas alterações visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados à população e melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Atualmente o SUG, é constituído por três grandes áreas: Balcão, Diretos e Sala de Observação (SO) /Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA). Tem capacidade para admitir, estabilizar e/ou encaminhar clientes críticos do foro médico, cirúrgico e orto traumatológico.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta e um enfermeiros distribuídos por cinco equipas. Cada equipa tem dez elementos (que fazem roulement), incluindo o enfermeiro chefe de equipa que, desempenha funções que englobam gestão de cuidados e gestão de recursos humanos e materiais. Os restantes enfermeiros, têm horário de manhãs e tardes e constituem um reforço das equipas. A equipa de enfermagem tem sido sujeita a algumas alterações que têm modificado a sua estrutura, nomeadamente o ingresso de um número considerável de elementos recém-formados e a integração de vários elementos vindos de outros serviços e do hospital y.

O modelo de organização dos cuidados existentes no SUG é o método de trabalho em equipa, que segundo Kron et al. (1989) assenta nos cuidados centrados no cliente e implementados por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las. Tem como pressupostos que, todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa; é fundamental o planeamento de cuidados; todo o pessoal de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho; existe um grupo de responsáveis pelos cuidados, sob a liderança de um enfermeiro que pode proporcionar melhor atendimento aos clientes do que trabalhando individualmente.

O SUG do hospital x do CHMST dada à sua área de envolvência tem sobrelotação de clientes e a permanência destes no serviço é mais prolongado que o preconizado (24h). Segundo a estatística do movimento de clientes do SUG, no ano de 2011 estiveram internados 2668 clientes. Tal situação não corresponde à realidade porque o maior número de internamentos no SUG é na Sala de Observações, mas este setor não é considerado internamento para fins estatísticos, torna-se assim difícil contabilizar todos os clientes internados e a quem se prestam cuidados, (Ministério da Saúde-Mapas Sonho,

2011).

Cientes da importância que o uso de EPI representa na prevenção das IACS, ouvimos a opinião da Sr.ª Enfermeira coordenadora do SUG relativamente à temática do projeto que nos propúnhamos estudar, que a considerou de grande importância e sugeriu que fizesse parte do plano de formação do serviço.

No sentido de auscultar a equipa de enfermagem do SUG, relativamente à temática e com o objetivo de observar as práticas da respetiva equipa, efetuámos um pedido de autorização à Sr.ª Enfermeira coordenadora do SUG (Apêndice 2) para recolha de dados através da aplicação de instrumentos de colheita de dados, que abordaremos a seguir.

2.1.1 – Identificação e Análise do Problema

Reconhecendo que a análise do problema carece de contextualização na realidade em que pretendemos intervir e no sentido de fundamentar o problema definido tal como consta na ficha de diagnóstico, aplicámos uma grelha de observação (Apêndice 3) elaborada para esse fim com o respetivo guia orientador (Apêndice 4) e um questionário com respetivo consentimento informado (Apêndice 5), utilizando-se para tratamento de dados a análise quantitativa através do programa Excel (Apêndice 6).

Ao aplicarmos a **grelha de observação** pretendíamos observar as ações dos enfermeiros no que respeita ao uso de EPI perante procedimentos com indicação para a sua utilização, essas indicações estavam descritas no guia orientador para preenchimento da mesma. A grelha foi testada no SUG de 12 a 15 de Dezembro de 2011 e aplicada de 6 a 16 de Janeiro de 2012, baseava-se em nove itens relacionados com a utilização de bata não estéril, bata estéril, avental, máscara cirúrgica, óculos/máscara com viseira, luvas não estéreis, luvas estéreis e ordem de colocação e remoção de EPI. As etapas a serem observadas prendiam-se com a colocação imediatamente antes do procedimento, a remoção imediatamente após o procedimento e a mudança entre clientes diferentes. Houve 10 oportunidades de observação de utilização de bata não estéril, 50 de avental, 60 de máscaras cirúrgicas, 60 de luvas não estéreis, 15 de luvas estéreis e 60 oportunidades de observação de colocação e remoção de EPI.

Após termos efetuado as observações procedemos à análise dos dados. Para tal, utilizámos a fórmula adotada pela DGS para cálculo da adesão à higienização das mãos,

que por sua vez foi adaptado da World Alliance for Patient Safety e que consta no Manual do observador – higienização das mãos de 2005. Ou seja, foram consideradas as oportunidades de observação da utilização de cada EPI, consoante os procedimentos em que há indicação e dessas oportunidades foram registadas as ações positivas e as omissas ou negativas.

Das observações efetuadas, verificou-se que os enfermeiros não aderiam à utilização de óculos ou máscara com viseira e batas estéreis, os EPI com menor taxa de adesão eram as batas não estéreis (20%) e máscaras cirúrgicas (46,7%). Por outro lado, os que apresentavam maior taxa de adesão eram, em primeiro lugar as luvas não esterilizadas (83,3%), em 2º lugar o avental (80%) e em 3º as luvas estéreis (66,7%).

Relativamente às etapas que constituíam a grelha, a que apresentou a menor taxa de adesão foi a etapa "remove imediatamente após o procedimento".

Os EPI foram muitas vezes utilizados de forma incorreta para o desempenho de algumas atividades no mesmo cliente e entre clientes, o que constitui um risco acrescido para a infeção por contaminação cruzada e potencia a IACS, violando os princípios do controlo de infeção na prestação de cuidados de enfermagem. Observou-se também uma elevada taxa de colocação e remoção incorreta de EPI, com uma taxa de 50% e 75% respetivamente.

Com o intuito de percebermos quais os motivos que levavam os enfermeiros do SUG do hospital x do CHMST a não usarem EPI ou então a usá-lo de forma inapropriada e corroborar o tratamento de dados obtidos nas observações, foi aplicado um **questionário,** no período de 13 a 16 de Janeiro de 2012, após pedido de autorização à Enfermeira coordenadora do SUG como foi referido anteriormente. Foi efetuado um pré teste por quatro enfermeiras do SUG, duas das quais enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e como não foi necessário efetuar alterações, o questionário foi aplicado à equipa de enfermagem. Dos 61 questionários entregues, apenas 53 enfermeiros responderam (2 enfermeiros encontravam-se de atestado, 4 estavam ausentes do serviço por folgas e 2 não responderam).

É de referenciar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo no que concerne à confidencialidade e anonimato, sendo preenchido um consentimento informado. O instrumento supracitado contemplava 3 partes: a primeira visava a caraterização da equipa de enfermagem, a segunda perceber se os enfermeiros conheciam o Procedimento Geral de Seleção de EPI e a última parte saber qual o nível de

formação dos enfermeiros acerca da seleção e utilização de EPI.

Da análise dos dados obtidos, verificou-se que dos enfermeiros inquiridos, 45% desconheciam a existência do Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH. Constatou-se ainda que 62% dos enfermeiros nunca tinha feito formação na área da seleção/utilização de EPI. Quando questionados relativamente à ordem de colocação e remoção de EPI, podemos inferir que 74% dos enfermeiros referiam uma ordem incorreta na colocação e 96% na remoção.

Comparando os dados obtidos no questionário com os dados obtidos pelas observações efetuadas relativamente à utilização do equipamento (colocação e remoção do EPI), concluímos que embora a maioria dos enfermeiros tivesse referido que não tinha dificuldade na seleção de EPI, não utilizavam determinados equipamentos em procedimentos em que existia indicação para os utilizar, nomeadamente batas, óculos ou máscara com viseira, notando-se também uma baixa adesão à utilização de máscara cirúrgica.

Como forma de avaliação mais objetiva de eventuais problemas e deteção de falhas na utilização de EPI, construímos uma Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) (Apêndice 7), com base nas etapas que constituíam a grelha de observação para cada EPI. Como tal, foram identificados 26 modos potenciais de falhas que foram classificados de acordo com o Risk Priority Number (RPN), assim como os efeitos, as causas e as ações a desenvolver.

Fazendo uma análise da FMEA, podemos inferir que a adesão mais baixa dos enfermeiros ao uso de EPI, dizia respeito à utilização de óculos/máscara c/ viseira com um RPN de 1000, seguindo-se as batas estéreis com RPN de 810. Em contraposição, o valor de RPN para a utilização de luvas não estéreis foi de 250 e para a etapa de mudança de luvas entre clientes diferentes 160, correspondendo à adesão mais elevada dos enfermeiros.

Após a triangulação de dados concluímos que o uso de EPI e suas repercussões no cuidar em enfermagem no SUG seria uma área pertinente para intervenção, contribuindo assim para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. Desta forma, definimos como problema: **"Uso inapropriado ou escasso de EPI por parte da equipa de enfermagem do SUG do CHMST"** e identificámos como problemas parcelares:

- Níveis de formação díspares relativamente ao uso de EPI no seio da equipa de enfermagem do SUG do CHMST.
- Desconhecimento do Procedimento Geral de Seleção de EPI.

Devido à abrangência do trabalho de projeto, era crucial determinar prioridades como forma de identificar a ordenação prevista na realização das várias etapas do projeto. Assim sendo, definimos como prioridades:

- ➢ Realizar pesquisa bibliográfica acerca de EPI.
- ➢ Atualizar o Procedimento Geral de Seleção de EPI.
- ➢ Elaborar um instrumento de auditoria que permitisse avaliar boas práticas no âmbito do uso de EPI.
- ➢ Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.

É de salientar que pelo facto de o Procedimento Geral de Seleção de EPI aguardar revisão desde 2009, foram contactadas as enfermeiras da CCIH, que concordaram que o atualizássemos para posteriormente ser submetido ao Núcleo executivo da CCIH, Serviço de Gestão da Qualidade e Conselho de administração.

2.2 – OBJETIVOS

Os objetivos são a descrição de um conjunto de comportamentos ou atuações que o formando deve mostrar ter adquirido, para ser reconhecido como competente. Indicam os resultados que se pretendem obter, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico e devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, relacionados com competências amplas e complexas. Os objetivos gerais enunciam intenções que descrevem os resultados esperados e os específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo (Mão de Ferro,1999). Desta forma e por tudo o que temos vindo a expor, delineámos como **objetivo geral:**

- ⇘ Divulgar boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

E como **objetivos específicos**:

- ⇘ Atualizar o Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST.
- ⇘ Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI.
- ⇘ Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.

Concordamos com Barbier (1996 In Ruivo et al, 2010) quando refere que é impossível levar até ao fim um ato de planificação, sem se dispor de uma imagem clara dos

objetivos. Sendo assim, após definição dos objetivos passaremos à descrição do planeamento do projeto.

2.3 – PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento do projeto é a fase em que é elaborado um plano detalhado deste, a partir dos objetivos delineados. É necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, riscos potenciais e calendarização das atividades, através do cronograma. Este é flexível e é um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as atividades a desenvolver. Assim, deve-se ter em consideração que o desenvolvimento do cronograma pode impor a revisão dos recursos e durações (Miguel, 2006 In Ruivo et al. 2010).

Com base nos dados obtidos anteriormente, elaborámos um mapa de planeamento do projeto com o respetivo cronograma que foi projetado de outubro de 2011 a julho de 2012 (Apêndice 8).

Nesta fase do projeto, fizemos a previsão dos constrangimentos da implementação das estratégias definidas e forma de os ultrapassar. Identificámos assim como constrangimentos: a dificuldade em realizar as atividades em tempo útil, definindo como forma de a ultrapassar a gestão rigorosa do tempo; e a pouca motivação da equipa de enfermagem do SUG para participar em novos projetos e ações de formação. Para ultrapassar este constrangimento definimos como metas, a partilha de informações e objetivos do projeto com os enfermeiros do SUG, a recolha de sugestões acerca das ações a implementar e a sensibilização dos enfermeiros para a adesão à utilização de EPI, de forma a reduzir a taxa de infeção do SUG.

Por outro lado, também previmos os recursos financeiros necessários para a execução dos objetivos delineados, então definimos aproximadamente o gasto de 100€ em material informático (tinteiro para impressora e resmas de papel A4) para impressão, do Procedimento Geral de Seleção de EPI, do instrumento de auditoria e do manual de utilização do instrumento de auditoria, assim como do dossier temático, para entregar à equipa de enfermagem. Relativamente aos recursos humanos não foram previstos gastos adicionais, tendo havido articulação com Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora, Enfermeira coordenadora do SUG, Enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, Equipa de enfermagem do SUG e Enfermeiras da CCIH.

É de referenciar ainda, que foram definidos indicadores de avaliação como, relatórios de estágios, dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI, instrumento de auditoria às práticas de uso e seleção de EPI com respetivo manual de utilização, Procedimento Geral de Seleção e Uso de EPI, cartaz de divulgação da ação de formação, plano e diapositivos da ação de formação e avaliação da mesma, que descreveremos a seguir.

2.4 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A fase de execução da metodologia de projeto põe em prática tudo o que foi planeado. Se surgirem alterações ao planeado deverão ser estabelecidas medidas de recuperação, com a finalidade dos objetivos do projeto não serem comprometidos. A avaliação de um projeto deverá ser intermédia, feita em simultâneo com a execução e a avaliação final em que se verifica a consecução dos objetivos. Se os objetivos não forem atingidos é necessário compreender as causas que influenciaram a ausência da consecução destes (Ruivo et al., 2010).

De acordo com o referido anteriormente e para melhor compreensão do mapa de planeamento, faremos seguidamente uma descrição das atividades desenvolvidas cronologicamente para cada objetivo definido. Abordaremos também os recursos utilizados, os indicadores de avaliação e simultaneamente faremos uma avaliação dos objetivos definidos.

É de salientar que os prazos definidos no cronograma na sua maioria foram cumpridos, havendo no entanto algumas atividades que não foram realizadas, por envolverem outros Órgãos, como seja o Núcleo Executivo da CCIH, o Serviço de Gestão da Qualidade e o Conselho de Administração do CHMST. Algumas atividades delineadas para a exequibilidade dos objetivos específicos foram idênticas, como seja a pesquisa bibliográfica, as reuniões com Enfermeira orientadora e Enfermeira coorientadora.

⇘ **Atualizar o Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST**

Iniciámos o projeto em outubro de 2011 com uma **pesquisa bibliográfica** exaustiva sobre EPI e IACS, envolvendo livros, normas sobre EPI, revistas científicas, pesquisas efetuadas na internet e bases de dados B-on, Scielo e PubMed de trabalhos e

artigos científicos, recolhendo subsídios para fundamentarmos o problema definido. Esta pesquisa, prolongou-se até julho de 2012 sendo planeadas várias atividades, de forma a dar resposta às necessidades sentidas ao longo do projeto, para atingir o objetivo definido, que passaremos a descrever.

Realizámos **estágio opcional de observação na CCIH de um Hospital da Região de Lisboa** a 21, 25 e 30 de Novembro de 2011, sob a orientação da Enfermeira E. F., com a duração de 24 h. Este estágio surgiu na perspetiva de contactarmos com outras experiências e outros modos de intervir em termos de prevenção e controlo de infeção hospitalar, visto ser esta a área de intervenção do projeto. Pareceu-nos pertinente, para além de conhecer os procedimentos efetuados pela CCIH do CHMST, conhecer outras realidades e este hospital pareceu-nos ter profissionais de referência a nível nacional no âmbito do controlo de infeção. Poderemos dizer que o estágio contribuiu para a recolha de material e aquisição de conhecimentos necessários para a elaboração do procedimento, assim como para a elaboração do instrumento de auditoria às práticas e dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI. No final do estágio, procedemos à elaboração do relatório de estágio, com o objetivo de relatar as experiências vivenciadas bem como as competências desenvolvidas (Apêndice 9).

Participámos nas **IV Jornadas da Associação Nacional de Controlo de Infeção** realizadas a 4 de novembro de 2011. Nestas jornadas foram debatidos programas de controlo de infeção, havendo referência ao programa do Serviço Nacional de Saúde da Escócia que nos pareceu ter uma organização muito boa, para além de serem debatidos aspetos de prevenção e controlo da IACS assim como competências dos enfermeiros em controlo de infeção e contributos da investigação no controlo de infeção (Anexo 1). Estas jornadas contribuíram para a consolidação de saberes adquiridos ao longo do curso, conhecimento da realidade nacional relativamente ao funcionamento das CCIH, despertando-nos também para a pesquisa de guidelines de utilização de EPI utilizadas na Escócia e que posteriormente utilizámos para elaboração do procedimento.

Realizámos **estágio opcional de observação na CCIH do CHMST**, nos dias 18, 20 e 27 de abril de 2012, com a duração de 24h. e sob a orientação da Enfermeira R. R. e T.S., de forma a recolhermos contributos para a atualização do Procedimento Geral de Seleção de EPI, elaboração do instrumento de auditoria às práticas, para além de conhecermos o funcionamento e dinâmica da CCIH.

O enfermeiro da CCIH tem como funções, entre outras, colaborar no

planeamento e vigilância epidemiológica; detetar casos de infeção em articulação com o laboratório de patologia clínica, serviços farmacêuticos e elos de ligação; participar na elaboração e revisão trienal de normas e recomendações sobre procedimentos e rotinas; planear e monitorizar o cumprimento das normas; identificar áreas de formação multidisciplinar tendo especial atenção os profissionais em fase de integração ou recém-formados; colaborar na elaboração de planos de ação e relatórios de atividades assim como na investigação e controlo de surtos; manter contacto permanente com os serviços detetando problemas e orientando as atividades propostas pela CCIH, através de auditorias às práticas e estruturas. (DGS, 2008).

Durante o período de estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica da CCIH, foi possível efetuar visitas aos serviços de internamento com a enfermeira da CCIH e apercebermo-nos da formação em serviço que é efetuada aos profissionais. Foram também dadas sugestões e orientação no processo de revisão do procedimento. Tivemos acesso a bibliografia acerca de infeção hospitalar e EPI sendo disponibilizada legislação assim como a consulta de procedimentos. No final do estágio procedemos à elaboração do relatório de estágio (Apêndice 10), com o objetivo de relatar as experiências vivenciadas bem como as competências desenvolvidas. Estas competências prenderam-se com as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade ao integrarmos conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção e desenvolvendo a competência B1 – desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, assim como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, adquirindo conhecimentos para realizarmos a ação de formação aos enfermeiros relacionada com o uso de EPI e suas repercussões para o cuidar em enfermagem no SUG. Desenvolvemos ainda a competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação critica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Elaborámos **dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI** entre março e junho de 2012, a fim de sensibilizarmos os enfermeiros para a problemática da infeção associada aos cuidados de saúde e para a importância da adoção de boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI, que por sua vez era composto por recomendações e informações da DGS, legislação relativa aos EPI, normas sobre EPI,

artigos acerca da importância dos EPI, assim como pelo Procedimento Geral de Seleção de EPI do CHMST e destinava-se à consulta pelos enfermeiros do SUG do CHMST-hospital x, de forma a colmatar dúvidas existentes na seleção e uso de EPI. É de salientar que este dossier temático foi discutido com a Enfermeira orientadora e Enfermeira coorientadora, ficando disponível em suporte de papel com todos os documentos digitalizados, de forma a ser consultado pela equipa de enfermagem (Apêndice 11).

Atualizámos o **Procedimento Geral de Seleção de EPI** de março a junho de 2012, por o mesmo estar para ser revisto desde 2009.

Um procedimento é uma ferramenta dinâmica passível de evolução e que procura profundas transformações culturais na instituição, nos aspetos técnico e político-institucionais. O seu objetivo é a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras (Koch, 2009).

Neste contexto e após pesquisa bibliográfica, selecionámos algumas guidelines, nomeadamente do CDC - guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting de 2007 e da Health Protection Scotland (HPS) da NHS – National Service Scotland, mais propriamente, Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns, Gloves, Eye/Face Protection, Surgical Face Masks, Headwear e Footwear de 2012. Estas guidelines foram avaliadas através do instrumento de avaliação de normas de orientação clínica – Agree II, pela Enfermeira coorientadora e Enfermeiras da CCIH (Apêndice 12), de forma a verificar a sua fiabilidade e validade e posteriormente utilizarmos as suas recomendações no procedimento. Após a avaliação, as guidelines do CDC foram recomendadas, assim como as da HPS, embora estas com modificações. O procedimento foi assim baseado nas guidelines do CDC e algumas recomendações da HPS, tendo como objetivo uniformizar critérios de seleção e uso de EPI. A prática baseada em evidências, significa integrar a experiência clínica individual à melhor evidência externa disponível oriunda da pesquisa, (Pereira et al., 2006).

Foi anexado ao Procedimento Geral de Seleção de EPI **poster relativamente ao uso de EPI**, existente no CHMST, que por sua vez foi adaptado da OMS. É de referir, no entanto, que foi alterada a disposição das imagens e apresentação dos vários passos para colocação e remoção de EPI, no sentido de tornar o poster mais atrativo e dando maior visibilidade ao seu conteúdo.

Após atualização do procedimento e poster, **discussão com Enfermeira**

Orientadora, Enfermeira coorientadora, Enfermeiras da CCIH e termos procedido às alterações sugeridas, o procedimento foi submetido à aprovação final das Enfermeiras da CCIH e respetivo órgão executivo e ficou a aguardar aprovação para posterior divulgação (Apêndice 13).

Poderemos dizer que este objetivo foi atingido, na medida em que atualizámos o procedimento. E tal como tinha sido planeado, as atividades desencadeadas e os recursos previstos foram suficientes para a sua concretização.

- **Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI**

A auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se está a ser realizada de acordo com os seus objetivos. Nas organizações de saúde, a auditoria configura-se como uma importante ferramenta na transformação dos processos de trabalho, no sentido de manterem a qualidade dos cuidados prestados (Dias et al., 2011). Nesse contexto, a auditoria em enfermagem pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados de enfermagem, verificada através dos registos de enfermagem. A auditoria de cuidados avalia os cuidados de enfermagem e através dela pode-se indicar medidas preventivas e corretivas. Este é um processo educativo, pois não procura os responsáveis, mas questiona o porquê dos resultados adversos (D'Innocenzo et al., 2006 In Ferreira et al., 2009).

As auditorias de processo normalmente são auditorias internas e evidenciam a identificação de não conformidades em relação às especificações do processo, procedimentos de trabalho, organização, treino, logística e a outras exigências relacionadas com o processo produtivo. A auditoria de processo é uma atividade com alto foco preventivo (Fernandes, 2005).

No sentido de adquirirmos conhecimentos na área de auditoria de processos, efetuámos **pesquisa bibliográfica** sobre instrumentos de auditoria desde outubro de 2011 até junho de 2012, de forma a recolhermos contributos para a elaboração do instrumento de auditoria definitivo e planeámos várias atividades que descreveremos a seguir.

A **construção do instrumento de auditoria** teve início em março de 2011 tendo sido alterado até junho de 2012, e foi fundamentado pelas guidelines pesquisadas e supracitadas, **e nas indicações da Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora e**

Enfermeiras da CCIH, nas várias reuniões efetuadas.

É de referir, que no estágio efetuado na CCIH do CHMST notou-se grande disponibilidade das enfermeiras para o ensino e partilha de saberes, havendo partilha de ideias acerca da construção do instrumento de auditoria para a seleção e uso de EPI que estávamos a desenvolver e como efetuar a auditoria. Houve também disponibilidade para **validação do instrumento**, como tal as Enfermeiras da CCIH realizaram um pré teste em junho de 2012, no serviço de medicina durante uma semana, o que permitiu que as mesmas dessem algumas sugestões. Após a reformulação do instrumento, como não ocorreram dúvidas relativamente à compreensão dos itens e aplicação do mesmo, foi considerado válido no que respeita ao conteúdo e aplicabilidade para a avaliação da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, no que respeita à seleção e uso de EPI.

Os processos avaliativos devem utilizar informações válidas, pois só com a aplicação de medidas válidas se evita o risco de distorcer o comportamento dos enfermeiros. Os resultados obtidos com a aplicação de um instrumento validado podem servir de marcadores de qualidade, possibilitando a elaboração de estratégias para atingir a melhor qualidade possível (Vituri et al., 2009).

O instrumento de auditoria construído encontrava-se dividido em 13 itens relacionados com, higienização das mãos, utilização de bata permeável, bata impermeável, bata estéril, avental, máscara cirúrgica, máscara cirúrgica com viseira, óculos, luvas não estéreis, luvas estéreis, assim como colocação de EPI, remoção de EPI e disponibilidade de EPI.

Para melhor compreensão aquando da utilização do instrumento, elaborámos um **manual de utilização do instrumento de auditoria,** no período de março a junho de 2012, tendo por base o pesquisado para o instrumento de auditoria. Este manual tinha como objetivo geral: orientar a aplicação do instrumento de auditoria da seleção e uso de EPI e como objetivos específicos: explicar as indicações e as etapas a observar em cada tipo de equipamento, apresentar a fórmula da taxa de adesão à seleção e uso de EPI e descrever as atividades do enfermeiro auditor.

A **divulgação do instrumento** de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI, a **realização de auditorias no SUG e respetivo relatório**, não foram possíveis efetuar em tempo útil do projeto, por se aguardar divulgação do instrumento pelo Conselho de Administração, após aprovação do Núcleo Executivo da CCIH e Serviço de Gestão da

Qualidade. No entanto, o objetivo foi atingido visto ter sido elaborado o instrumento de auditoria com o respetivo manual de utilização e tal como previsto, as atividades desencadeadas e recursos planeados foram suficientes para a sua concretização.

Como indicador de avaliação foi apresentado o instrumento de auditoria (Apêndice 14) e respetivo manual de utilização (Apêndice 15).

➷ **Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI**.

A formação tem como objetivo desenvolver as potencialidades dos indivíduos dentro de uma perspetiva de mudança, melhorando o seu desempenho profissional através da aquisição e melhoria de conhecimentos, de capacidades práticas e de atitudes (Mão de ferro, 1999).

Tendo em consideração o referido anteriormente e dando continuidade ao trabalho desenvolvido de forma a atingirmos o objetivo definido, efetuámos **pesquisa bibliográfica** sobre EPI de outubro de 2011 a junho de 2012, sendo um contributo fulcral para pudermos realizar a ação de formação sobre seleção e utilização de EPI padrão (bata/avental, luvas, máscara cirúrgica, óculos/ máscara com viseira). Para a consecução deste objetivo planeámos algumas atividades que passaremos a expor.

A **calendarização e marcação da ação de formação** foram efetuadas em junho em articulação com as enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, tendo sido **divulgada através de cartaz** (Apêndice 16). A 27 de junho de 2012**, realizámos a ação de formação** relacionada com o uso de EPI e suas repercussões no cuidar em enfermagem no SUG, com o objetivo de sensibilizar os enfermeiros para a importância/implicações do uso de EPI nos cuidados de saúde, mas previamente procedemos a elaboração do **plano da ação** (Apêndice 17) e **diapositivos de suporte à ação de formação** (Apêndice 18), os quais foram **discutidos com a Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora e Professora orientadora.** É de salientar que o conteúdo da ação de formação e a elaboração dos diapositivos, basearam-se no procedimento e dossier temático elaborados previamente.

A **avaliação da ação de formação** foi efetuada após a sessão, em impresso existente no CHMST (Apêndice 19). Da avaliação efetuada conclui-se que a formação foi de encontro às expetativas dos enfermeiros presentes, pelo facto de poderem aplicar os conhecimentos em situação concreta de trabalho. É de referir que apenas estiveram 14

enfermeiros na formação por ser um período de férias de vários enfermeiros, para além de haver várias formações em serviço neste mês. Ficou definido replicar a formação, aguardando-se marcação pelas enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, no sentido de que o maior número possível de enfermeiros do serviço a faça, para que se adotem boas práticas no uso de equipamentos de proteção individual e consequentemente se minimize a hipótese de infeção cruzada, diminuindo a taxa de infeção do serviço de urgência. Este objetivo foi atingido plenamente, tendo sido efetuadas todas as atividades planeadas e em que os recursos pressupostos foram suficientes.

Pelo exposto anteriormente, pensamos ter atingido os objetivos para que o projeto *"Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência"*, possa contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, no âmbito das boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI no SUG do CHMST- hospital x. Aguardamos a divulgação do Procedimento Geral de Seleção e Uso de EPI, assim como do Instrumento de Auditoria e Manual de utilização deste, pelos órgãos competentes, para que efetivamente se possa operacionalizar todo o projeto.

Com o trabalho desenvolvido no PIS, pensamos ter adquirido/desenvolvido algumas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica, assim como de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica que iremos analisar no capítulo 4.

3 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica era-nos solicitado a realização de um PAC, que surge em paralelo com o PIS, de forma a organizar e planear os conhecimentos que nos propúnhamos adquirir e desenvolver, tendo por base o enquadramento concetual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Critica, tal como regulamentado pelo Regulamento nº 124/2011, com vista à aquisição das mesmas e que passamos a explanar.

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O PAC foi desenvolvido no SUG do hospital x do CHMST e os objetivos e respetivas atividades a desenvolver prenderam-se com necessidades detetadas através de reuniões com a equipa de enfermagem, a Enfermeira coordenadora do SUG, Enfermeira orientadora e Enfermeira coorientadora, Enfermeiros responsáveis pela CCIH e Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente, assim como com o que observámos na prática diária de cuidados e com base na experiência vivenciada enquanto enfermeiras do SUG.

Os problemas detetados estavam relacionados com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, que nos propusemos adquirir e mobilizar, de acordo com o Regulamento nº 124/2011 referido anteriormente e foram:

K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação.

K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**.**

Foram então desenvolvidas unidades de competência definidas para cada competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que estavam relacionadas com, o âmbito dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em

situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (K1.1), a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (K1.2), o planeamento de resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vitima ou catástrofe (K2.2) e a gestão dos cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe (K2.3). As unidades de competência no âmbito da conceção de um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (K3.1), assim como da liderança do desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação critica e/ou falência orgânica (K3.2), foram desenvolvidos objetivos com respetivas atividades no PIS.

3.2 – OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação emergiu a necessidade de definir objetivos para a construção do PAC.

Definimos então, como **objetivo geral**:

- Adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica

E como **objetivos específicos**:

- Elaborar Procedimento Setorial sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação e Extubação Endotraqueal.
- Atualizar tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.
- Elaborar cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG
- Elaborar dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência.

Estes objetivos foram definidos por constatarmos que havia problemas que necessitavam de intervenção. Assim sendo, constatámos que por vezes não havia uniformização de procedimentos na atuação dos enfermeiros, perante o cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal no SUG, o que se repercutia nos cuidados prestados. Partindo desta constatação e pelo facto de não existir nenhum procedimento elaborado no serviço que abordasse este aspeto, auscultámos a opinião da Enfermeira coordenadora do SUG, que foi de encontro à nossa perceção e achou pertinente a elaboração do

procedimento. Pois como refere Gomes et al. (2009) a implementação de procedimento específico para manuseio da via aérea, possibilita ações corretivas nos cuidados de enfermagem.

A atualização da tabela de compatibilidades de medicamentos existente no SUG, surge pela necessidade sentida pelos enfermeiros de adquirir informação acerca das compatibilidades dos medicamentos mais utilizados no serviço, pois cada vez mais são administrados vários medicamentos em simultâneo e muitas vezes pela mesma via. A tabela vigente no SUG não especificava os medicamentos mais utilizados no serviço, bem como as suas diluições e compatibilidades.

Após reuniões com a Enfermeira coordenadora do SUG, Enfermeira orientadora e Enfermeira coorientadora, considerámos importante a elaboração de um dossier sobre a temática da evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência, para que os profissionais do SUG tivessem conhecimento de aspetos como, equipas de evacuação, métodos de transferência de clientes, linha de emergência interna, pontos de reunião, deveres de todos os profissionais em situação de emergência, assim como de legislação sobre planos de emergência e regulamentos de segurança.

Pensámos também elaborar um cartaz sobre a evacuação emergente de clientes do SUG, na medida em que este constituiria um documento importante para a equipa de enfermagem do serviço, no sentido de orientar e facilitar a evacuação do SUG em situação de emergência.

Após a definição dos objetivos iniciámos a etapa do planeamento.

3.3 – PLANEAMENTO DO PROJETO

Da reflexão efetuada em relação a uma temática ou problemática em que nos propusemos intervir em cada competência específica, surgiram os objetivos específicos, as atividades a desenvolver e os indicadores de avaliação, conforme mapa de planeamento do PAC e respetivo cronograma (Apêndice 20).

Iniciámos o projeto em outubro de 2011 com pesquisa bibliográfica sobre as temáticas a abordar, envolvendo livros, revistas científicas e pesquisas efetuadas na internet. Após definição dos temas a desenvolver a pesquisa prolongou-se até julho de 2012, para dar resposta às necessidades sentidas ao longo do projeto.

É de referir que para além do estágio efetuado no SUG foi também realizado

estágio opcional de observação no Gabinete de Risco e Segurança do Doente do CHMST, de forma a consolidar conhecimentos na área de emergência e catástrofe e recolher contributos para atingir os objetivos específicos definidos.

Fizemos a previsão dos constrangimentos da implementação das estratégias definidas e forma de os ultrapassar. Identificámos assim como constrangimentos: a dificuldade em realizar as atividades em tempo útil, definindo como forma de a ultrapassar a gestão rigorosa do tempo. Também previmos os recursos financeiros necessários para a execução dos objetivos delineados, então definimos aproximadamente o gasto de 20 € em material informático (tinteiro para impressora e resmas de papel A4) para impressão do dossier temático. Relativamente aos recursos humanos não foram previstos gastos adicionais, tendo havido articulação com Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora, Enfermeira coordenadora do SUG, Equipa de enfermagem do SUG e Enfermeiro do GGRSD.

É de referenciar ainda, que foram definidos indicadores de avaliação como, procedimento setorial sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal, tabela de medicamentos administrados por via intravenosa, dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência, cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG e relatório de estágio.

3.4 – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

De forma a sistematizar este percurso de aprendizagem, faremos seguidamente uma descrição dos objetivos específicos definidos e atividades desenvolvidas cronologicamente para cada objetivo, ao longo do projeto. Abordaremos também os recursos necessários e os indicadores de avaliação, fazendo em simultâneo uma avaliação dos objetivos definidos.

- ➩ **Elaborar Procedimento Setorial sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação e Extubação Endotraqueal**.

A entubação endotraqueal assegura eficazmente a permeabilidade da via aérea, facilita a ventilação permitindo o fornecimento de altas concentrações de oxigénio, diminui o risco de aspiração de conteúdo gástrico, permite a aspiração de secreções e a

ventilação mecânica (Nunes, 2001).

No sentido de recolhermos material para a elaboração do procedimento, desenvolvemos **pesquisa bibliográfica** sobre entubação endotraqueal para elaborar o procedimento, que se desenrolou de outubro de 2011 a julho de 2012.

Elaborámos o **Procedimento Setorial sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação/Extubação Endotraqueal** durante os meses de maio a julho de 2012, tendo sido sujeito a várias alterações, após **discussão deste com Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora e Enfermeira coordenadora do SUG.** O procedimento (Apêndice 21) foi construído com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem a prestar ao cliente submetido a entubação/extubação endotraqueal e foi **divulgado** em reuniões com os chefes de equipa de enfermagem, que posteriormente o divulgaram à restante equipa de enfermagem. Pensamos que o objetivo foi alcançado, visto termos elaborado o documento que permitirá melhorar as práticas no âmbito dos cuidados de enfermagem a prestar ao cliente submetido a entubação/extubação endotraqueal.

- **Atualizar tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.**

As incompatibilidades medicamentosas quando ocorrem são consideradas erro de medicação e o produto resultante pode afetar a eficácia e a segurança da terapia. A interação farmacológica ocorre quando um fármaco interfere com os outros, alterando o efeito esperado, podendo ser prejudicial à medida que causa aumento de riscos ao cliente (Moraes et al., 2011).

Após **pesquisa bibliográfica**, foi iniciada em maio de 2012 a **elaboração da tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa**. Esta tabela foi **discutida com a Enfermeira coordenadora do SUG, Enfermeira orientadora e Enfermeira coorientadora.** Em julho de 2012 foi elaborado definitivamente um documento que contém uma **tabela com as compatibilidades na infusão de medicamentos, assim como a forma de administração/ diluição, indicações e efeitos secundários de cada medicamento que consta da tabela** (Apêndice 22).

O documento foi **divulgado** através de reuniões com os chefes de equipa de enfermagem, que posteriormente o divulgaram a todos os enfermeiros do serviço.

Consideramos que o objetivo foi atingido tendo sido, executadas todas as atividades previstas e os recursos suficientes.

- **Elaborar dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência**.

A evacuação total de um hospital é muito difícil e improvável, mas pode vir a ser necessária, então é obrigatório tê-la planeado. As evacuações parciais ou de transferência para serviços de refúgio são mais fáceis e cada serviço do hospital deve ter o seu plano (Alves, et al., 1999).

Por princípio devem existir caminhos alternativos de evacuação, havendo assim a hipótese de utilização de um deles, se o outro não oferecer condições de segurança devido ao sinistro. As portas situadas nos caminhos de evacuação devem ser de abertura fácil e imediata em caso de emergência. Os caminhos de emergência devem ser devidamente sinalizados e com iluminação de emergência. As pessoas responsáveis pela evacuação são os profissionais da área afetada e deverão manter-se no local, até receberem ordens do Diretor de Emergência (Chefe de Equipa de Urgência) ou Coordenador de Emergência (Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Chefe de Equipa) para iniciar a evacuação (CHMST, 2007). Para que todos os profissionais do hospital tenham conhecimento dos aspetos referidos anteriormente, é necessário que conheçam o Plano de Emergência Interno, podendo assim atuar de forma coordenada e adequada

O dossier temático que elaborámos teve como objetivo, sensibilizar os enfermeiros para a problemática da evacuação de clientes em situação emergente e é composto por um conjunto de documentos separados por temas como; legislação relacionada com os planos de emergência e regulamentos de segurança; aspetos de evacuação de acordo com o plano de emergência interna e pela proposta de fluxograma de evacuação de clientes do serviço de urgência, de forma a facilitar a sua consulta. Destina-se aos profissionais do SUG, tendo em vista colmatar dúvidas existentes na evacuação de clientes.

A elaboração do dossier baseou- se na **pesquisa bibliográfica** e na internet sobre planos de emergência, legislação relacionada com os mesmos e com regulamentos de segurança, que decorreu entre outubro de 2011 e julho de 2012.

Tentando dar resposta ao referido anteriormente, procedemos à **elaboração do**

dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência, que decorreu de maio a julho de 2012. Após **discussão do dossier com Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora, Enfermeira coordenadora do SUG e Enfermeiro do GGRSD e efetuadas as alterações sugeridas,** foi elaborado o documento definitivo, ficando no serviço em suporte de papel, com todos os documentos digitalizados (Apêndice 25). A **divulgação do dossier** foi efetuada em reuniões com a equipa de enfermagem. Pensamos assim que o objetivo definido foi atingido, visto ter sido elaborado o dossier tal como definido e as atividades desencadeadas e recursos previstos foram suficientes para a sua concretização. É de referenciar que o estágio efetuado no GGRSD e que descrevemos a seguir, também contribuiu para a exequibilidade deste objetivo.

- **Elaborar cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG**

Para a elaboração do cartaz, iniciámos **pesquisa bibliográfica** e na internet acerca do Plano de Emergência Interno do CHMST, Plano Nacional e Distrital de Catástrofe, que se prolongou até final do projeto de forma a dar resposta às necessidades sentidas.

O plano de emergência interno, é um conjunto de normas e regras que devem ser dinâmicas e atualizadas consoante a experiência e os resultados obtidos pelas ações implementadas. As ações implementadas visam a limitação das consequências de vários sinistros, tais como: incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e incidente de violência/ distúrbios (CHMST 2007).

Os objetivos do plano de emergência são minimizar os danos sobre os clientes, pessoal e instalações, até à chegada de socorros externos e colaborar com estes a partir dessa altura. Cada um dos trabalhadores tem uma atuação específica que por sua vez se engloba num conjunto de ações coordenadas por uma série de equipas e responsáveis (Alves, et al., 1999).

Após leitura e análise do Plano de Emergência Interno do CHMST conseguimos identificar, os fatores de risco internos e externos, a estrutura orgânica de segurança em situação de emergência, as diferentes equipas de intervenção e respetivas funções assim como os planos de evacuação e de comunicação existentes na instituição.

Para consolidarmos os conhecimentos na área da emergência e catástrofe, efetuámos **estágio opcional de observação no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança**

do Doente do CHMST nos dias 7, 9, 15 e 18 de maio de 2012, no total de 24 h., sob a orientação do Enfermeiro J. F. N., com o objetivo de conhecer a dinâmica e funções do enfermeiro do GGRSD, para além de adquirirmos informações que nos permitissem elaborar o cartaz de evacuação emergente de clientes do SUG.

Durante o estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica do Gabinete, foi possível efetuar pesquisa bibliográfica de documentos sobre gestão do risco e segurança do doente, Plano de Emergência Interno bem como acerca da temática que pretendíamos abordar. Relativamente ao Plano de Emergência Interno, foi de particular importância a reflexão conjunta com o Enfermeiro responsável pelo GGRSD, acerca da evacuação de clientes em situação emergente do serviço de urgência, sendo dadas sugestões e orientação para a elaboração do cartaz, como é descrito no relatório de estágio (Apêndice 23).

A **elaboração do cartaz** decorreu de maio a julho de 2012, no sentido de ser um documento de fácil leitura e acesso para orientar a evacuação de clientes do SUG em situação de emergência, tendo sido **discutido com a Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora e Enfermeiro do GGRSD** e posteriormente introduzidas as **alterações sugeridas.**

O cartaz (Apêndice 24) foi enviado para o GGRSD, a fim de o aprovar e posteriormente enviar para o Gabinete de Comunicação e Imagem e só após aprovação pelo Conselho de Administração poderá ser **divulgado,** o que estamos a aguardar e que por esse motivo ainda não pode ser divulgado.

Consideramos que o objetivo foi atingido na medida em que foi elaborado o cartaz, embora não se tenha conseguido divulgá-lo durante o período de implementação do projeto, no entanto, propomo-nos a divulgá-lo, após a sua aprovação.

Relativamente à competência K3, desenvolvemos atividades que já foram referenciadas no planeamento e execução do PIS.

Por tudo o que referimos anteriormente, pensamos ter atingido o objetivo geral a que nos tínhamos proposto e que consistia na aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica. Para além destas, propusemo-nos também a adquirir competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao longo do percurso formativo, que iremos descrever e analisar no capítulo seguinte.

4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

No Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril é publicado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e no artigo 4º do Capítulo II, (1996:2960), o enfermeiro especialista é definido como:

> *“ (...) enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.*

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista *(2011:8648)* para além de um conhecimento específico numa área acrescenta que o enfermeiro especialista deve ter em linha de conta: *“ (...) as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.*

O enfermeiro especialista deve possuir um conhecimento aprofundado num grupo de domínios que lhe permitem uma atuação diferenciada em ambientes de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde. Esses domínios são quatro e assentam em responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Op. Cit., 2011).

O Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, regulamenta o ciclo de estudos do ensino superior e no artigo 18º, nº 4, p. 2247, refere que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. Como está descrito no artigo 26º, p. 2248, o órgão legal e estatutariamente competente de cada estabelecimento de ensino superior, aprova as normas regulamentares do mestrado. Sendo assim, foi

elaborado pela direção do Curso de Mestrado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, o Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em que se definem as competências a desenvolver ao longo do curso e que analisaremos posteriormente.

A reflexão é indispensável para articular a experiência e o processo formativo (Couceiro, 1995). Poder-se-á dizer que a reflexão traduz o saber, saber fazer e saber ser, levando à aquisição de **competências.**

Benner (2005:43) considera que *"(...)competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais*".

O desenvolvimento de competências em enfermagem, baseia-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, que define 5 estadios de proficiência: iniciado (sem experiencia das situações com que possa ser confrontado), iniciado avançado (tem alguma experiência, pois já fez frente a suficientes situações reais) competente (desenvolve a sua atividade na mesma área há cerca de 2-3 anos, apercebe-se dos seus atos), proficiente (apercebe-se das situações como uma globalidade e não de forma isolada) e perito (tem muita experiência e formação adequada, estando motivado para trabalhar corretamente). Os conhecimentos envolvidos na prática clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem (Op. Cit., 2005).

O profissional competente é aquele que sabe agir com competência, podemos ter conhecimentos mas se não os aplicarmos na prática não somos competentes. A competência do profissional está no saber combinatório e as ações competentes são o resultado disso. Saber agir com congruência é saber tirar as lições da ação, (Le Boterf, 2003).

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica adquirimos, mas essencialmente aprofundámos, conhecimentos que nos conduzem aos perfis de competências propostos pela OE para os Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica, assim como para as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Este curso forneceu o suporte específico na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, desde a sua concetualização até à abordagem do cliente/família em ambiente complexo e diferenciado. Sendo assim, foram importantes os aportes teóricos que nos levaram a refletir sobre o Enquadramento Concetual de Enfermagem e de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, levando-nos a construir indicadores de qualidade em contexto de intervenção específicos.

O desenvolvimento de conhecimentos na área de intervenção no Controlo de Infeção foi de extrema importância para o desenvolvimento de boas práticas que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Os contributos recolhidos ao longo do curso, vieram de encontro à reflexão inicial que tínhamos efetuado para definirmos a área de intervenção no projeto e que se prendia com o facto de que a realidade do campo de estágio, nesta matéria, nem sempre estar em conformidade com a boa prática que a evidência do conhecimento atual estabelece. Se o ambiente hospitalar não for seguro para o cliente, então estamos perante a possibilidade de lhe desencadear problemas potenciais que irão alterar a sua forma de" viver" ou seja de efetuar as suas atividades de vida, conforme preconiza o modelo concetual que adotámos e segundo o qual, o planeamento dos cuidados de enfermagem assentou.

Os conhecimentos adquiridos, levaram-nos a desenvolver o aspeto reflexivo e crítico relativamente ao controlo e prevenção de infeção, assim como na vertente da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, claro que todo este desenvolvimento foi complementado com a pesquisa efetuada e os estágios efetuados no SUG e GGRSD do CHMST, assim como na CCIH de um hospital da região de Lisboa e do CHMST.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, para além de integrar as competências comuns, tem um conhecimento aprofundado que lhe permite prestar cuidados altamente qualificados à pessoa em situação crítica. Para a compreensão destas competências, foram importantes os contributos recolhidos na Reunião de Discussão das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada a 12 de Dezembro de 2011 e moderada pela Sr.ª Professora A. R. (Anexo 2).

Tendo em conta o referido anteriormente, faremos de seguida a análise das aprendizagens à luz dos contributos teóricos que levaram à aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas ao longo dos estágios realizados no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na medida que todas as atividades desenvolvidas no âmbito do PIS e PAC, implicaram responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão de cuidados adequados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que conduzirão à melhoria contínua da qualidade.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, identificámos práticas de cuidados menos adequadas que poderiam comprometer a segurança do cliente, como tal no âmbito do PIS tentámos através de instrumentos de gestão e colheita de dados fundamentar o problema identificado, tendo sempre em vista a dimensão ética e deontológica. É de referir que os instrumentos de colheita de dados foram precedidos de consentimento informado, no sentido de esclarecer os enfermeiros do SUG com informação adequada sobre o autor, objetivo e âmbito do estudo, assim como da instituição de educação promotora, garantia de confidencialidade dos dados, possibilidade de abandonar o estudo em qualquer altura e de conhecer os resultados obtidos, se assim o pretendessem. Pois como refere Queirós (2001:96) *" O consentimento é um ato de decisão voluntária, realizado por pessoa competente, esclarecida por adequada informação e capaz de deliberar, tendo compreendido a informação revelada. (...) O ato de consentir é um processo e não um evento isolado, devendo ser livre, voluntário, consciente".*

Ao definirmos estratégias de resolução de problemas relacionados com a prevenção e controlo de infeção, que envolvem processos de tomada de decisão em situações da prática clínica, nomeadamente na utilização adequada de EPI de forma a evitar a infeção cruzada, pensamos ter agido em conformidade com o que está preconizado na alínea a,) do ponto 1, do Artigo 76º do Código Deontológico, inserido no Estatuto da OE com nova redação conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro, (2009:69), em que se refere que os enfermeiros estão obrigados a " *exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, (...), adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"*. Desta forma desenvolvemos a competência, **A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção** e unidades de competências ***A1.1*** *– Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada,* ***A 1.2*** *– Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas e* ***A1.3*** *– Lidera de forma efetiva os processos de tomada*

de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011).

No domínio da melhoria da qualidade, promovemos a incorporação de conhecimentos na área da prevenção e controlo de infeção na prestação de cuidados, elaborámos um documento (instrumento de auditoria às práticas de seleção e uso de EPI) que permite avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, através de auditorias/observações. É de salientar que este documento partiu da grelha de observação construída na fase de diagnóstico e foi desenvolvido ao longo da fase de execução do PIS, tendo culminado num instrumento de auditoria com o respetivo manual de utilização. Este instrumento tem como objetivo, avaliar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, determinando a taxa de adesão dos enfermeiros à seleção e uso de EPI. A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de indicadores pode ser utilizada pelos profissionais como forma de melhorar os cuidados, assim como forma de compreender a qualidade desses cuidados (Vituri et al., 2009).

Atualizámos também o Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH, tendo como objetivo uniformizar critérios de seleção e uso de EPI no CHMST, para minimizar erros e garantir a excelência na prestação de cuidados.

Com o desenvolvimento do PAC, observámos situações relacionadas com os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal e administração de medicamentos, que nos levaram a selecionar estratégias de melhoria (elaboração de procedimento setorial sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal e de uma tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa, com a forma de administração/ diluição, indicações e efeitos secundários de cada medicamento que consta na mesma), de forma a criar e manter um ambiente seguro para o cliente. Desenvolvemos assim, a competência **B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica** e unidades de competência ***B1.1*** *– Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade,* ***B1.2*** *– Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática,* a competência **B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade,** com a unidade de competência ***B2.2*** *– Planeia programas de* melhoria *contínua* e competência **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro**, com a unidade de competência ***B3.2*** *– Gere o risco ao nível institucional ou das unidades*

funcionais (Op. Cit., 2011).

No domínio da gestão de cuidados avaliámos riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. Utilizámos e promovemos a utilização de recursos na área do EPI, da evacuação emergente de clientes do SUG, da administração de medicamentos e entubação/extubação endotraqueal, otimizando a qualidade dos cuidados, para além de fomentarmos um ambiente positivo no seio da equipa de enfermagem, de forma a motivá-la para a introdução da mudança e melhoria dos cuidados prestados. Sendo assim, mobilizámos as competências C**1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** com a unidade de competência, *C**1.1** – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão* e ***C1.2*** *– Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade,* assim como a competência **C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados** com a unidade de competência, ***C2.1*** *– Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados* (Op. Cit., 2011).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, diagnosticámos necessidades formativas, desenvolvemos formação em contexto de trabalho relacionada com a seleção e uso de EPI, interpretámos e analisámos dados provenientes da observação dos cuidados de enfermagem prestados (diagnóstico de situação) contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados. É de salientar que para a mobilização destas competências, foram importantes os aportes teóricos lecionados no 1º semestre do curso, nomeadamente nos módulos de, Formação Contínua em Enfermagem, Gestão de Processos e Recursos, Métodos de Tratamento de Informação e Trabalho de Projeto. Ao realizarmos todo o trabalho referido anteriormente mobilizámos então a competência **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** com as respetivas unidades de competência, ***D2.1*** *– Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade* e ***D2.2*** *– Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade* (Op. Cit., 2011)

O SUG demonstrou ser um campo de estágio onde as **competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica** puderam ser desenvolvidas. Embora já desenvolvêssemos a nossa atividade profissional há largos anos no serviço de urgência, pensamos que muito ainda há para aprender, para aprofundar e refletir no âmbito

da prestação de cuidados ao cliente em situação crítica.

É fundamental no SUG que o enfermeiro planeie a intervenção em situações de crise com impacto familiar, visto que todo o processo que envolve o cliente em situação crítica, gera alterações na sua vida pessoal e familiar. Tendo como fio condutor deste trabalho o modelo de Nancy Roper, tivemos em atenção as atividades de vida afetadas que poderiam levar à transformação da dinâmica familiar e conduzir a situações de crise, sendo necessário efetuar o diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem específicos, para que fosse possível um cuidado integral dirigido a clientes e famílias.

Desta forma, tivemos sempre a visão de que o cliente/família que necessita de cuidados, apresenta problemas e que as intervenções de enfermagem devem ajudá-lo a deslocar-se no continuum dependência/independência nas atividades de vida.

Para a maioria das pessoas a independência é a caraterística fundamental da idade adulta, quando por qualquer razão há uma dependência forçada, muitas consideram-na como algo difícil de lidar. É competência de enfermagem saber quando a Pessoa num estado de dependência, tem de ser ajudada a aceitá-lo como necessário. As pessoas que necessitam de ajuda para aceitar a falta de dependência, provavelmente sentirão o seu sofrimento minorado se os enfermeiros os substituírem com boa vontade nas atividades afetadas e de forma a não ofender o seu conceito de dignidade e auto estima. Um aspeto muito importante de enfermagem é o de avaliar, o nível de independência da Pessoa em cada atividade de vida; o juízo da Pessoa sobre o sentido e a medida em que deve ser ajudada ao mover-se ao longo do continuum dependência/independência; qual o auxílio de enfermagem de que necessita para atingir os objetivos estabelecidos e qual a forma como o progresso será avaliado em relação a esses objetivos, (Roper et al., 2001).

No SUG somos confrontados muitas vezes com o medo e a ansiedade do cliente/família e com a necessidade de dar más notícias. Ao efetuarmos a reflexão na ação ou seja no contexto de estágio achamos que ao longo deste, apesar do SUG ser um serviço em que a dinâmica se altera rapidamente, conseguimos desenvolver habilidades e adquirir conhecimentos relativamente ao cliente em fim de vida em que a comunicação e a relação de ajuda foram essenciais. Concordamos com Pacheco (2002:129) quando refere que: *"a relação de ajuda consiste em estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança que permita o apoio e ajuda a quem deles necessita"*.

Roper et al. (2001) referem também que há pouco controlo independente sobre o

momento da morte, no entanto, os enfermeiros podem encorajar a pessoa que está a morrer a ser tão independente quanto possível. É importante que se reconheça que os elementos da família ou outras pessoas significativas, podem ficar transitoriamente dependentes das competências de enfermagem, enquanto elaboram os processos de dor, antes e depois de ter ocorrido a morte.

Os desafios éticos que se colocam perante o doente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos doentes que morrem com dor e sozinhos no SUG. Nesta perspetiva, foi interessante e pertinente tentar desenvolver um algoritmo no Módulo de Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, a partir da análise de uma situação vivenciada na prática relacionada com o cliente crítico e os processos de vida/ morte, à luz dos princípios éticos e deontológicos, conduzindo assim à tomada de decisão consciente e ponderada.

Consideramos um desafio como enfermeiros, integrar a espiritualidade e o cuidado espiritual na nossa prática profissional. Apesar dos cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio, se basearem no modelo teórico de Roper, procurámos estudar outras teóricas, no sentido de incorporar na prática a vertente da espiritualidade. Tomey et al. (2004) refere que a espiritualidade surge associada à enfermagem desde Florence Nightingale. Na década de 70 Wanda Horta, inclui a espiritualidade como necessidade básica na teoria das necessidades humanas básicas. Nas décadas de 80 e 90 as teóricas de enfermagem Martha Elizabeth Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson, escrevem sobre a Espiritualidade Humana como dimensão essencial do cuidado e do cuidar em enfermagem. Nesta perspetiva, foi importante refletir sobre a vertente da espiritualidade nos cuidados prestados em contexto de estágio, assim como no Módulo de Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem.

A dor é um fenómeno fisiológico de grande importância para a integridade física do indivíduo. O controlo da dor, deve ser visto como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2008). A dor está presente na maioria dos clientes a que se prestam cuidados de enfermagem no SUG, sendo algumas vezes descurada. Tendo isto em perspetiva, foi importante discutir as intervenções de enfermagem mais adequadas nos diferentes tipos de dor, para que consigamos assim cuidar o cliente de forma eficaz. Esta discussão foi enfatizada pelos conteúdos adquiridos no Módulo de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor, assim como pela frequência de ação de formação em serviço nesta área.

Relativamente à execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, promovemos boas práticas perante a equipa de enfermagem com a elaboração de Procedimento Setorial sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação e Extubação Endotraqueal.

Após a explanação do desenvolvido ao longo do percurso formativo do curso, consideramos que desenvolvemos e adquirimos a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica** com as unidades de competência, ***K1.1*** *– Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na instabilidade e risco de falência orgânica,* (nomeadamente com a elaboração de Procedimento Setorial sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação e Extubação Endotraqueal), ***K1.2*** *– Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos,* (através da elaboração da tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa) e ***K1.3*** *– Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas,* (através da discussão de intervenções de enfermagem nos diferentes tipos de dor em situações vivenciadas em estágio).

Ao vivenciarmos e analisarmos na prática, situações relacionadas com o cliente crítico/família e os processos de vida/ morte, que implicam medos e ansiedades e muitas vezes comunicação de más notícias, desenvolvemos e adquirimos as unidades de competência, ***K1.4*** *– Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ou falência orgânica,* ***K1.5*** *– Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde,* ***K1.6*** *– Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica****”*** (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Aprofundar conhecimentos na área da catástrofe ou emergência multi-vítima, revestiu-se de especial interesse, visto termos a responsabilidade de coordenar uma equipa de enfermeiros e assistentes operacionais no serviço de urgência e termos que liderar a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa em situação de catástrofe/emergência. Foi fundamental tomar consciência e analisar o Plano de

Emergência Interno do CHMST e conhecer o Plano Nacional e Distrital de Catástrofe, visto até esta altura ser para nós uma vertente pouco conhecida e explorada. Adquirimos conhecimentos relativamente aos tipos de catástrofe e aos princípios de atuação nessas situações, relacionando-as com as implicações para a saúde dos envolvidos. Consideramos que ao realizar o estágio no GGRSD do CHMST, associado aos aportes teóricos lecionados no curso, relativamente à catástrofe/planos de emergência, à pesquisa efetuada para elaborarmos o cartaz de evacuação emergente de clientes do SUG e à elaboração do dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de emergência/catástrofe, conseguimos desenvolver/ adquirir a competência **K2** – Di**namiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação** com as unidades de competência, ***K2.2*** *– Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivitimas ou catástrofe e* ***K2.3*** *– Gere os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe* (Op. Cit., 2011).

No âmbito do PIS, atualizámos o Procedimento Geral de Seleção de EPI, elaborámos o instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI e formámos/treinámos a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI. Para atingir os objetivos definidos, desencadeámos várias atividades como a pesquisa bibliográfica, o estágio na CCIH, a elaboração do dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI, a construção do instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI e a ação de formação à equipa de enfermagem sobre EPI. Desta forma, desenvolvemos e adquirimos a competência **K3** – **Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação critica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas** com as unidades de competência, ***K3.1*** *– Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa crítica e ou falência orgânica* e ***K3.2*** *– Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica***.** Pois o enfermeiro especialista, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção, (Ibid., 2011).

Podemos então referir que a concetualização, planeamento e execução do **PIS**

permitiu adquirir e aprofundar a competência K3 e conceber, planear e executar o **PAC**, permitiu desenvolver as restantes competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica definidas pela OE, K1 e K2.

4.2 – COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

Segundo os Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado do Departamento de Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal, (2011:4), o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica diz respeito a formação científica de caráter profissionalizante, que inclui um *"conhecimento aprofundado num domínio especifico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demostra níveis elevados de julgamento clinico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clinicas especializadas*".

O percurso efetuado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi assinalado pela aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que suportam e integram as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente as competências comuns e específicas. Sendo assim e fazendo uma análise dos conhecimentos e competências desenvolvidas, podemos dizer que as competências de Mestre foram desenvolvidas em paralelo com as competências de Enfermeiro Especialista. Ao desenvolvermos e liderarmos projetos como o PIS e PAC, que foram anteriormente explanados, estamos a desenvolver todas as competências de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica e que passaremos a analisar de seguida.

1 – Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clinica dos cuidados de enfermagem

Pensamos que ao assumirmos a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados em situações de reconhecida complexidade, no que concerne à seleção e uso de EPI, nomeadamente ao elaborarmos a grelha de observação para aplicação à equipa de enfermagem para fundamentarmos o problema definido, ao atualizarmos o Procedimento Geral de Seleção de EPI e ao

construirmos o instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI, demonstrámos competências na supervisão clínica dos cuidados**.** A implementação do PIS originou o nosso reconhecimento, pela equipa de enfermagem, como enfermeiros de referência na área da prevenção e controlo da infeção do serviço.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem. Ao monitorizar, registar e avaliar os procedimentos efetuados de forma a manter a melhoria continua da qualidade, é permitido analisar a prática planeando quando necessário a criação de condições para a melhoria do desempenho e a prestação de cuidados com segurança, (Abreu, 2007). Nesta atuação o enfermeiro procura prevenir a doença, promover a readaptação após a doença, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

Segundo o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993 In Abreu, 2004), a Supervisão de Cuidados de Enfermagem é um processo formal de suporte e aprendizagem que possibilita a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. É também estruturante para o processo de aprendizagem e melhoria das práticas, devendo ser vista como um meio para encorajar a autoavaliação e o desenvolvimento de capacidades analíticas e reflexivas.

Neste contexto considerámos importante analisar uma situação problemática de estágio à luz do processo de enfermagem, utilizando a classificação internacional para a prática de enfermagem, elaborando diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados que conduzem à tomada de decisão clínica, tendo sido realizado um trabalho que foca estes aspetos (Apêndice 26).

2 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o curso, pois a formação poderá ser entendida, como um conjunto de atividades organizadas e desenvolvidas, que proporcionam aos indivíduos oportunidades de adquirirem conhecimentos e capacidades e atitudes que lhes permitem "Saber e Evoluir" (Mão de Ferro,1999). O mesmo autor

(1999:22) refere que: "*É o " saber evoluir" que importa desenvolver, daí que o objetivo da formação seja sempre o de aumentar os conhecimentos, modificar as atitudes e desenvolver as aptidões dos formandos de modo a que eles possam responder em tempo real, isto é, em cima dos acontecimentos".*

A formação de adultos é vista numa perspetiva de mudança permitindo a realização e o desenvolvimento dos indivíduos, surge o "aprender ao longo da vida", de forma autónoma, implicando momentos de reflexão e estudo sobre a prática, que conduz os indivíduos para níveis mais exigentes com reflexos no seu percurso profissional. (Op. Cit., 1999). Ao longo do processo formativo, esta competência foi desenvolvida em todos os trabalhos elaborados e que visavam a análise de situações problemáticas vivenciadas na prática, nomeadamente na área de gestão de processos e recursos, ambientes em saúde, filosofia, bioética e direito em enfermagem assim como supervisão de cuidados, em que houve reflexão na prática dos conhecimentos adquiridos no processo formativo. É de referir também, que houve apropriação de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, em que se baseou o trabalho desenvolvido.

3 – Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

Ao desencadearmos atividades, de forma proactiva, para resolver o problema detetado e ao liderarmos o PIS e o PAC, no sentido de motivar e conduzir a equipa de enfermagem para elevados padrões de qualidade, mobilizámos esta competência. Tivemos sempre presente uma concetualização teórica, através da qual os cuidados de enfermagem foram orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão, o modelo concetual de Nancy Roper. Ao longo do projeto, demos ênfase às atitudes preventivas, relacionadas com o ambiente envolvente do cliente, que o enfermeiro deverá desenvolver para impedir que o problema potencial se torne real, levando a que a atividade de vida manter ambiente seguro não interfira nas outras atividades. Nomeadamente no PIS, desenvolvemos estratégias para que o problema potencial de infeção não se tornasse real e assim contribuímos para a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente no SUG. Temos consciência que é através da implementação de modelos teóricos, que orientam os cuidados de enfermagem, que conseguimos visibilizar os mesmos e assim mostrar a sua evidência perante equipas multidisciplinares.

4 – Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

É frequente como refere Thompson et al. (2004:296) " *(...) tomarmos decisões, sem quase nos apercebermos e sem pararmos para fazer uma reflexão profunda sobre o que estamos a fazer, porque escolhemos um determinado procedimento e como chegámos à nossa decisão (...) ",* torna-se assim importante tomarmos decisões refletidas no contexto da prática e baseadas na evidência, no sentido de conduzirem à segurança e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo. Após efetuar a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

No desenvolvimento do PIS esteve implícita a tomada de decisão no sentido de se desenvolverem estratégias para atingir os objetivos propostos. Estabelecemos metas para a resolução de um problema detetado, que estava relacionado com o uso inapropriado ou escasso de EPI por parte da equipa de enfermagem do SUG, tendo sempre presente a perspetiva ética e deontológica. No entanto, os resultados dessas estratégias só poderão ser avaliados após alguns meses da implementação do projeto, mas que pretendemos dar continuidade.

5 – Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Esta competência foi adquirida ao longo do desenvolvimento da metodologia de projeto, que se baseou na investigação e intervenção para resolver o problema detetado. Tal como nos refere Fortin (1999:15) " *A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos".* Após o diagnóstico de situação com a aplicação de ferramentas diagnósticas (grelha de observação e questionário) e de gestão (FMEA) foi identificado o problema, definindo-se objetivos e estratégias, entre elas a pesquisa, para os alcançar.

Desta forma executámos o que é preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001:7) quando é referido que *"no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática".*

Depois da execução do projeto conseguiram-se algumas melhorias na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que respeita à seleção e uso de EPI por parte dos enfermeiros, não sendo no entanto possível avaliar o projeto em toda a sua amplitude. É de referir que esta competência foi também desenvolvida na atualização do Procedimento Geral de Seleção de EPI, em que foram adotadas guidelines do CDC e recomendações das guidelines da HPS após avaliação das mesmas pelo instrumento Agree II, elaborando-se assim um procedimento fundamentado em documentos baseados na evidência. No desenvolvimento do PIS e do PAC esteve implícito fundamentação técnica/cientifica baseada em evidência, normas e legislação originadas pelas entidades estatais e científicas e princípios éticos procurando-se assim a excelência dos cuidados de enfermagem.

6 – Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Todo o trabalho desenvolvido ao longo do PIS e do PAC está relacionado com esta competência. Ao avaliarmos a pessoa em situação crítica, diagnosticarmos problemas e prescrevermos intervenções de enfermagem e aquando da avaliação destas intervenções, analisamos os cuidados de enfermagem prestados e os problemas detetados, diagnosticando assim necessidades formativas dos enfermeiros para colmatar esses problemas.

Quando partilhamos conhecimentos com a equipa de enfermagem devemos ter sempre presentes dados provenientes da investigação em enfermagem. Desta forma, durante a fase de diagnóstico do PIS, aplicámos questionário à equipa de enfermagem e observámos as práticas através da aplicação da grelha de observação, detetámos assim necessidades formativas e propusemo-nos a formar / treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI. Sendo assim, efetuámos ação de formação à equipa de enfermagem,

após pesquisa bibliográfica baseada em trabalhos científicos, no sentido de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem no âmbito das boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

No Regulamento do Curso de Enfermagem Médico- Cirúrgica vem também referenciado que é necessário a elaboração de um artigo científico. Como resposta a esta premissa e no sentido de dar a conhecer os conhecimentos adquiridos aquando da pesquisa bibliográfica efetuada para o desenvolvimento do PIS, no âmbito da temática desenvolvida, elaborámos o artigo – Uso e Seleção de Equipamentos de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem (Apêndice 27).

Por tudo o que desenvolvemos na área do PIS, PAC e pelo percurso formativo desenvolvido, consideramos ter adquirido as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

5 – REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste trabalho, proporcionou-nos uma reflexão e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Constatámos que desenvolvemos competências que nos permitem fazer a autoavaliação da prática, conduzindo à mudança e à qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à Pessoa em situação crítica.

O profissional que age com competência mobiliza três dimensões; os recursos disponíveis, entre eles, os conhecimentos, o saber-fazer, as capacidades cognitivas, as competências comportamentais, que lhe permite agir; a ação e os resultados produzidos, que integram as práticas profissionais e o desempenho e por último a reflexividade que preconiza o distanciamento em relação às duas anteriores, numa perspetiva da melhoria dessas mesmas práticas, (Le Boterf, 2006).

Adquirimos e aprofundámos conhecimentos com os aportes teóricos lecionados ao longo do curso e pesquisa bibliográfica efetuada, que associados aos momentos de partilha que nos foram permitidos com a Professora orientadora, Enfermeira orientadora, Enfermeira coorientadora e equipa de enfermagem, nos deram uma visão mais ampla e nos levaram a repensar o processo de cuidados e a atingir o aperfeiçoamento profissional.

Como refere Mão de Ferro (1999), a pedagogia de adultos é um processo contínuo que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática do grupo ou da organização, havendo uma confrontação entre a prática sistematizada e elementos de interpretação e informação que permite levar a prática a novos níveis de compreensão.

Embora os estágios se tenham realizado em grande parte no nosso contexto de trabalho, permitiram -nos uma visão mais fundamentada dos cuidados prestados ao cliente em situação crítica, levando-nos a intervir de uma nova forma, assente em bases científicas e atualizadas, particularmente no que concerne à problemática do controlo e prevenção da IACS e seleção e uso de EPI. Os estágios promoveram a vertente crítica associada à autoaprendizagem, num contexto de cuidados que devido às suas particularidades, deixa pouco tempo para a reflexão na ação aquando do exercício profissional. Desta forma foi

possível, enquanto estudantes, transformarmos essa reflexão num processo de melhoria dos cuidados prestados ao cliente em situação crítica, que se repercute na praxis.

A conceção do PIS e do PAC promoveram, a aquisição e mobilização de conhecimentos, a pesquisa e a partilha de conhecimentos e experiências, que de uma forma fundamentada por ferramentas de diagnóstico e gestão permitiu o diagnóstico adequado, traçando-se objetivos a partir dos quais se desenrolou o planeamento das atividades a desenvolver, no sentido de colmatar o problema definido. Desta forma, adquirimos conhecimentos no âmbito da metodologia de projeto que posteriormente foram aplicados na prática. A metodologia de projeto integra uma ligação entre a teoria e a prática, visto que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática, (Ruivo et al., 2010).

Propusemo-nos então, no âmbito do PIS, desenvolver um projeto de melhoria da qualidade que tinha como objetivo geral divulgar boas práticas no âmbito do controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

A qualidade significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação (auditoria/monitorização). Exige uma visão partilhada por todos em que existam valores como, competência técnica e humana, conceitos e integridade. Desta forma, o enfermeiro deve integrar à sua experiência prática, a melhor evidência externa, proveniente da pesquisa científica (Ribeiro, 2008).

Sendo assim, desenvolvemos atividades relacionadas com os objetivos específicos delineado que foram, formar/treinar os enfermeiros no uso de EPI, atualizar o Procedimento Geral de Seleção de EPI e elaborar instrumento de auditoria às práticas dos enfermeiros no que concerne à seleção e uso de EPI. Desta forma, ao incorporarmos na prática conhecimentos baseados em evidência científica, através da pesquisa efetuada, pensamos ter atingido os objetivos que tínhamos definido. Pois como salienta Pereira (2006) a enfermagem baseada em evidências ou cuidados baseados em evidências, conduz a uma avaliação crítica das informações disponíveis, para a prática da tomada de decisão.

É de salientar que a pesquisa bibliográfica realizada, foi baseada em princípios da revisão sistemática da literatura, ao escolhermos palavras-chave para pesquisar na internet e em bases de dados e selecionarmos vários artigos científicos e guidelines. Estas, foram posteriormente submetidas a avaliação através do instrumento AgreeII. Mas, é de referenciar que sentimos algumas dificuldades e limitações, por não estarmos

familiarizados com estas metodologias, no entanto, pensamos que nos deram suporte para futuramente as utilizarmos em projetos que possamos vir a desenvolver.

No âmbito do PAC tivemos como objetivo, adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. Desta forma, preconizámos refletir sobre a intervenção em emergência e catástrofe, desenvolvendo em contexto de estágio estratégias que se prenderam com o conhecimento dos enfermeiros do serviço acerca deste tema e a comunicação em situação de evacuação de clientes do SUG. Para tal, elaborámos dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência e cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG.

Relativamente aos cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, elaborámos um procedimento setorial sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação/extubação endotraqueal e para a gestão adequada da administração de protocolos terapêuticos complexos, foi elaborado tabela com as compatibilidades na infusão de medicamentos, assim como a forma de administração/ diluição, indicações e efeitos secundários de cada medicamento.

Para base concetual deste trabalho utilizámos o modelo de Roper, por nos parecer que se adaptaria à temática escolhida, para além de ser o modelo utilizado no CHMST, onde efetuámos os estágios e desenvolvemos o PIS e o PAC. No entanto, estamos convictos de que poderíamos ter utilizado uma teoria de médio alcance, no sentido de que esta organiza conceitos relacionados com um fenómeno em particular e não de forma tão abstrata como os modelos concetuais e grandes teorias.

As teorias de enfermagem podem ser extensas, mas limitadas aos aspetos de enfermagem a que dizem respeito. Os modelos concetuais de enfermagem, são conceitos definições e preposições que particularizam a sua inter-relação para desenvolver uma perspetiva organizada de observação dos fenómenos. As grandes teorias são estruturas concetuais quase tão abstratas como os modelos de enfermagem dos quais derivam, mas propõem resultados baseados no uso e na aplicação do modelo, na prática de enfermagem. Por outro lado, as teorias de enfermagem de médio alcance, propõem efeitos menos abstratos do que as grandes teorias e mais específicos para a prática. São próprias da prática de enfermagem e especificam a área prática, diversidade etária do cliente, ação e intervenção de enfermagem e efeito proposto, (Tomey et al., 2004).

É de referir ainda, que estamos disponíveis para continuar os projetos iniciados, com as atividades necessárias e que devido à limitação temporal da implementação durante o curso, não foram possíveis desencadear.

Mas, se houve aspetos facilitadores da aprendizagem, houve também outros constrangedores que se apresentaram como obstáculos e que se prenderam com a quantidade de trabalho exigido, a sobrecarga horária com frequência de aulas e realização de estágio, a incerteza dos resultados esperados e a desmotivação e cansaço por vezes sentidas. Contudo, tentámos transformar estas adversidades em oportunidades de crescimento, enquanto enfermeiros que perspetivávamos a aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Tendo em conta todos estes aspetos, pensamos ter atingido os objetivos delineados no início deste trabalho. Consideramos que o percurso formativo desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, se traduziu num balanço positivo na nossa formação, tendo adquirido conhecimentos que nos conduzem à prestação de cuidados especializados de excelência ao cliente em situação crítica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. – **Para Uma Morte Mais Humana - Experiência De Uma Unidade Hospitalar De Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001, ISBN 972-8383-25-8.

ABREU, W. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico.** Coimbra, Portugal: Formasau. 2007. ISBN 978-972-8485-87-0.

ALVES, A.; REDONDO, J. – **Plano de Emergência Hospitalar**. Comissão de Planeamento da Saúde – INEM, fevereiro de 1999

ALVES, J.; ANTÓNIO, A. - Prevenção da Infeção Hospitalar. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 9, nº 103 (Set. 1996), p.13-16.

APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. – Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. 2ª Série- nº 1, (dez.2005).

BENNER, P. – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001, ISBN 972-8535-97-X.

CAMPOS, L. [et al.] - **Prevenir la infección nosocomial**. Revista ROL. Vol.29, nº6, (2006), p.43-48.

CHMST **– Plano de Emergência Interno**. Julho de 2007.

COLLIÈRE, M. – **Promover a vida**. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos

Enfermeiros Portugueses, Março 1999, ISBN 972-757-109-3.

COMITÉ EUROPEU PARA A NORMALIZAÇÃO - **Norma Europeia EN 149, Aparelhos de proteção respiratória – Semimáscaras filtrantes contra as partículas – Características, ensaios, marcação.** Bruxelas, 2001.

COUCEIRO, M. – Autoformação e Contexto Profissional. **Formar**. N.º 14, (abril 1995), p. 6-15.

FERREIRA, P. – Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de saúde. **Revista Crítica de** C**iências Sociais**. Nº 33 (outubro de 1991).

FORTIN, M. – **O Processo de investigação - Da conceção à realização**. Loures Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-10-X.

GÂNDARA, M. – **Modelo de Enfermagem - Um Processo de Construção e Aperfeiçoamento**. Workshop sobre Modelo de Enfermagem de N. Roper, W. Logan, A. Tierney - Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. Lisboa,1991.

GEADA, A.; PEDRO, A. – Planear a vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde. **Revista Nursing** (Suplemento) Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 22, nº 255 (março 2010), p. 2-9.

GEORGE, J. [et al.] – **Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos para a Prática Profissional**. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul, Lda., 1993.

HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000, ISBN 972-8383-11-8.

HILL, M. ; HILL, A. – **Investigação por questionário**. 1ª Edição. Lisboa. Edições sílabo, Lda., 2000.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL. Departamento de Enfermagem – **Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do Trabalho de Mestrado.** Setúbal, 2011.

KÉROUAC, J. [et al.] – **La pensée infirmière. Conceptions e stratégies**. Québec. Éditions Études Vivantes, 1994.

KRAWSKY, G.; DAVILLERD, C. – Conditions d'acceptation des équipements de protection individuelle : étude bibliographique et position du problème - **INRS - Note Scientifique et Technique**. Nº 152, 1999, p.1-50.

KRON, T. ; GRAY, A. – Administração **dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança.** 6ª Edição. Rio de Janeiro. Interlivros, 1989.

LAKATOS, E. [et al.] – **Técnicas de pesquisa**. São Paulo. Editora Atlas, S.A.,1990.

LE BOTERF, G. – Avaliar a competência de um profissional, Três dimensões a explorar. **Revista Pessoal. Reflexão RH**. Lisboa. ISSN 0870-3027 (junho de 2006), p.60-63.

LE BOTERF, G. – **Desenvolvendo as competências dos profissionais**. 3ªedição. Porto Alegre. Artmed, 2003.

LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS, M. – **Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas**. 4ª Edição. Porto. Edições Afrontamento, 2001.

MÃO DE FERRO, A. – **Na rota da pedagogia**. Lisboa. Edições Colibri, 1999, ISBN 972-772-069-2.

MARTINS, M. – **Manual de Infeção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8.

NUNES, F. – **Manual de Trauma**. 2ª Edição. Sociedade Portuguesa de Trauma, 2001.

NUNES, L.; RUIVO, A. – **Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. Setúbal, 2011.

PACHECO, S. – **Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva Ética**.1ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2002,ISBN 972-8383-30-4.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos Para o Exercício de Enfermagem**.1ª Edição. Lisboa. Grafilarte - Artes Gráficas, Lda., 1986.

PINA, E. – Equipamento de proteção individual - proteção facial e respiratória**. Revista Nursing**. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 17, nº 227 (novembro 2007), p.14-22.

PINA, E. – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196 Ano16,nº 214, (outubro 2006),p.28-33.

POLIT, D.; HUNGLER, B. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Edição. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul Lda., 1995, ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde **- Circular Normativa 18 DSQC/DSC de 15/10/2007** – Comissões de Controlo de Infeção. Lisboa.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção**. Relatório Programa Nacional de Controlo de Infeção. Lisboa, março,2009.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Manual do Observador - higienização das mãos,** adaptado de World Alliance For Patient Safety - Clear Care is Safer Care, 2005

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.** Lisboa, dezembro, 2008.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, março, 2007.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**.** Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - Os cidadãos no centro de sistema. Os profissionais no centro da mudança.** Lisboa, 2011.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – **Estatuto.** Nova redação conferidapela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa, 2009.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa, 2001.

PRATT, R. [et al.] The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. **Journal of Hospital Infection**, 2001, 47 (Supplement).

QUEIRÓS, A. – **Ética e Enfermagem**, Coleção Enfermagem nº 4. Coimbra. Quarteto Editora, novembro de 2011, ISBN: 171067/01.

RODRIGUES, A. – **Cultura Organizacional e Mudança na Administração Pública - Organizações e Trabalho**. Lisboa. [s.n.]. Abril, 1994.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. - **O modelo de enfermagem Roper - Logan - Tierney.** 1ª Edição. Lisboa. CLIMEPSI, Editores,2001, ISBN972-796-013-8.

RUIVO, A.; FERRITO, C.; NUNES, L. - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. **Revista Percursos**. Setúbal, nº 15 (jan. / mar. 2010), p.1-37.

SILVA, M. – Programa remodelado. Que novidades? **Revista Nursing** (suplemento)**.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 18, nº 230 (fevereiro 2008), p.4-7.

TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. **Caderno Formação**, nº2. Lisboa. Ministério da Saúde,1990.

THOMPSON, I.; MELIA, K.; BOYD, K. – **Ética em Enfermagem**, 4ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004,ISBN:972-8383-67-3.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004, ISBN:972-8383-74-6.

WILSON, J. – **Controlo de Infeção na Prática Clinica, Princípios Gerais de Controlo de Infeção**. 2ª Edição. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, 2003.

ELETRÓNICAS

ABREU, W. – Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade. [Em linha]. **Lusomed**. [Em linha]. 2004. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em: http.//lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html.

AGREE II – **Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica** [Em linha]. 2009. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em:. http://www.google.com/#hl=pt-PT&gs_nf=3&cp=37&gs_id=35&xhr=t&q=instrumento+agreeII+vers%C3%A3o+portuguesa&pf=p&output=search&sclient=psy-ab&rlz=1W1ADSA_pt-PT&oq=instrumento+agreeII+vers%C3%A3o+portuguesa&gs_l=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=67702a9d4d487b0a&bpcl=35466521&biw=1152&bih=667.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Setting**. [Em linha]. [Projeção visual)]. 40 Diapositivos. [Consult. 10 dez. 2011]. Disponível em

http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf.
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting,** 2007. [Em linha]. [Consult. 5 nov. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html.

CHMST. Portal Interno – **História, Visão, Missão e Valores.** 2008. [Consult. 5 fev. 2012]. Disponível em http://intranet//portalinterno/index.php?option= com_content&view= article&id =24&itemid=28.

CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Diretiva 89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, **Jornal Oficial das Comunidades Europeias,** [Em linha] nº L 399/18, (30/12/89). [Consult.15 abr. 2012]. Disponível em http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:399:0018:0038:PT:PDF

DIAS, T. [et al.] – Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. [Em linha]. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 64, nº 5 (set./out. 2011), p. 931-937. [Consult. 15 Jun.2012]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a20v64n5.pdf

DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. – **Prevenção de Infeções Adquiridas no Hospital – Um guia prático**. [Em linha]. Lisboa. INSRJ, 2002.93p. [Consult.5 dez. 2011]. Disponível em http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf.

FERNANDES, J. – **Proposição de abordagem integrada de métodos de qualidade baseada no FMEA**. [Em linha]. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Engenharia de Produção – Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2005. [Consult.20 dez. 2011]. Disponível em http://www.produtronica.pucpr.br/sip/conteudo/dissertacoes/pdf/Jose Fernandes.pdf

FERREIRA, T. [et. al] – Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. [Em linha]. **Aquichán.** Bogotá. ISSN

1657-5997. Vol.9, nº 1 (jan./jun.2009). [Consult. 20 set.2012]. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000100004&script=sci_arttext.

GOMES, G. [et.al.] – Cuidados de Enfermagem Para Pacientes Com Tubo Oro traqueal: Avaliação Realizada Em Unidade De Terapia Intensiva. [Em linha]. **Revista de Enfermagem UFPE.** Pernambuco. ISSN 1981-8963.Ano 3 (out/dez 2009),p.20-25. [Consult. abr. 2012]. Disponível em http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=revista%20de%20enfermagem%20ufpe%20online%20cuidados%20de%20enfermagem%20para%20pacientes%20com%20tubo%20orotraqueal%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20realizada%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F88%2F2913&ei=p9WBUMX9OYi7hAeVxoHIDA&usg=AFQjCNGzBM9TkIupyiIuJgmuDa8aHQYUQ.

KOCK, A. – Procedimento Operacional Padrão ”pop”. [Em linha]. **Artigonal,** (3 de novembro 2009). [Consult. 15 jun.2013]. Disponível em http://www.artigonal.com/print/1416353.

MAFRA, A. [et al.] – Perceção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. ISSN 1980-3990. Vol 1, nº 32 (Jan. /Mar. 2008), p. 31- 38. [Consult. 25 nov. 2011]. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/31a38.pdf.

MELO, D. – **Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde** [Em linha]. Goiânia, 2005. [Consult. 5 dez. 2011]. Disponível em http://www.bdtd.ufg.br/tedesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf.

MORAES, C. [et al.] – Análise de Incompatibilidades de Medicamentos Intravenosos no Centro de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital de Clinicas de Porto Alegre. **Revista HCPA. Porto Alegre**. ISSN 1983-5485. [Em linha], nº 32,Vol.1, 2011,p.31-38. [Consult.15 jun. 2012]. Disponível em http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/14733/11591.

PAIM, C.; CICONELLI, R – Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

[Em linha]. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo. ISSN 1519-1672.Vol. 9, nº 36, (jul./set.2007), p.85-92. [Consult. 2 set.2012]. Disponível em http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/37266.PDF.

PEREIRA, M. [et al.] – A Infeção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem**.** [Em linha]. Florianopolis. **Texto & Contexto.** ISSN 2173- 4135. Ano/vol. 14, nº 2 (2005), p.250-257. [Consult. 7 dez.2011]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf.

PEREIRA, A.; BACHION, M. – Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. [Em linha]. Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. ISSN 1983-1447. Vol. 27, nº 4 (dez. 2006), p. 491-498. [Consult. 7 set. 2012]. Disponível em http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633/2548.

PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. [Em linha]. **Revista portuguesa de saúde pública**. Lisboa. ISSN 1518-1944.Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 nov. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf.

PORTUGAL. Conselho Nacional de Segurança, Higiene e saúde no trabalho – Decreto - Lei nº348/93 [Em linha]. **Diário da República, I SÉRIE-A**, Nº 231 (1-10-1993), 5553-5554.Ordem jurídica interna da Diretiva 89/686/CEE. [Consult.30 maio 2012]. Disponível emhttp://rh.cmlisboa.pt/fileadmin/DMRH/Seguranca_Higiene_e_Saude/Legislacao/DL_348_93.pdf.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Controlo da Dor** [Em linha]. Lisboa, 2008. [Consult. 17 mar. 2012]. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.Pdf.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior – Decreto – Lei nº 74/2006 [Em linha]. **Diário da República, I SÉRIE-A**, Nº60 (24-3-2006), 2242-2257. Graus académicos e diplomas do ensino superior. [Consult.20 set. 2012]. Disponível em http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto- Lei nº 161/96 [Em linha]. **Diário da República I SÉRIE-A**, Nº 205 (4-9-1996), 2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). [Consult.10 set. 2012]. Disponível em http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Despacho nº 727/2007 [Em linha]. **Diário da República, 2ª SÉRIE-A"**, Nº 10 (15-01-2007), 1123-1124. Caraterísticas dos serviços de urgência. [Consult.20 out. 2012]. Disponível em http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17855/0112301125.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Estatística- Mapas Sonho**, chbm, 2011. [Consult. 10 mar. 2012]. Disponível em http://intranet/portalinterno/images/artigo/anexos/533_estatística_ ano11.pdf.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento nº 122/2011 [Em linha]. **Diário da República, 2ª série**, Nº35 (18-2-2011), 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Consult.20 jun. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento nº 124/2011 [Em linha. **Diário da República, 2ª série**" nº35 (18-2-2011), 8656-8657. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Consult.20 jun. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos**

Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Critica [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult.30 abril.2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf.

RIBEIRO, O. [et al.] – **Qualidade nos Cuidados de Saúde** [Em linha]. Viseu. 2008 [Consult. 7 jun.2012]. Disponível em http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Personal Protective Equipment Policy and Procedure (an element of Scotland Infection Con trol Precautions)** [Em linha].February, 2009. [Consult.25 nov. 2011]. Disponível em http: //www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/sicp/ppe/mic-p-ppe-2009-02.pdf

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gowns-v1.0.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE, Eye/Face Protection,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-eyewearv1.0.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gloves-v1.0.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Surgical Face Masks,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-

manual/ppe/sicp-lr-surgical-masks%20v1.0.pdf.

SOUZA, A. [et al] – Conhecimento dos Graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Revista Electronica de Enfermagem**. [Em linha]. Goiana, Goiás. ISSN 0874-0283. Vol.10, nº 2, 2008 [Consult. 29 out. 2011]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a14.htm 14,htm.

SOUZA, E. [et al.] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série, n º 4 (Jul. 2011), p. 125-133. [Consult. 18 nov. 2011]. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2242.

VASCONCELOS, B.; REIS, A.; VIEIRA, M. – Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do Muncípio de Coronel Fabriciano**.** [Em linha]. **Revista de Enfermagem Integrada**. Ipatinga:Unileste-MG. ISSN:1984-7602 Vol. 1, nº 1 (nov/dez.2008), p. 99-111. [Consult. 2 jan. 2012]. Disponível em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf.

VITURI, D.; MATSUDA, L. – Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. [Em linha]. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol.43, nº2, p.429-437. [Consult. 26 jul.2012]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf.

APÊNDICES

Apêndice 1

Ficha de Diagnóstico de Situação

Definição do Problema

Estudante: Maria Teresa da Costa Martins Cordeiro
Instituição: Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo
Serviço: Serviço de Urgência Geral – Hospital x
Título do Projeto: Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): O projeto será desenvolvido no contexto da intervenção dos enfermeiros no controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), nos clientes internados no Serviço de Urgência Geral (SUG). Esta área de interesse surge porque, ao exercemos funções no SUG do CHMST, constatamos que muitas vezes os enfermeiros não desencadeiam nem cumprem as medidas de precauções básicas para evitar a infeção cruzada, nomeadamente a utilização de equipamento de proteção individual (EPI). Estudos desenvolvidos por Bonnie et al., (2009); Efastathiou et al., (2011); Lio et al., (2010) e citados por Souza et al., envolvendo a utilização de EPI pelos enfermeiros revelam que para além das questões de ordem comportamental e logística, também são apontados como aspetos dificultadores de adesão ao EPI, a falta de tempo, situações de emergência, sobrecarga de trabalho, desconhecimento acerca de uso, entre outros. Cientes da importância que o uso de EPI representa na prevenção das IACS, auscultámos a opinião da Sr.ª Enfermeira coordenadora do SUG, da Enfermeira orientadora da Enfermeira coorientadora e Enfermeiras da Comissão de Controlo de Infeção relativamente à temática, que também a consideraram de grande importância. Por considerarmos que as precauções básicas adotadas pelos enfermeiros contribuem para a prevenção da IACS e por esta ser uma área do nosso interesse, pretendemos desenvolvê-la no projeto de intervenção no serviço (PIS).

Diagnóstico de situação
Definição geral do problema Uso inapropriado ou escasso de EPI por parte da equipa de enfermagem do SUG do CHMST
Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras) Os cuidados prestados no SUG do CHMST estão direcionados para a estabilização de doentes críticos, a exigência e a rapidez de atuação necessárias geram uma dinâmica própria, sendo necessário competência técnica e cuidados que produzam resultados eficazes. Pensamos que aqui reside o cerne do nosso problema, os enfermeiros no SUG pelas particularidades dos clientes e na perspetiva de haver um resultado eficaz e imediato das suas intervenções, descuram de forma "inconsciente" as medidas de precauções para o controlo e prevenção de infeção, nomeadamente a utilização de EPI. Os enfermeiros são os profissionais que mais permanecem em contacto físico com os clientes e consequentemente estão mais sujeitos ao risco de infeção, assim como podem ser o elo mais evidente na transmissão de infeção. Para evitar os riscos de contaminação, os enfermeiros devem conhecer e adotar no seu ambiente de trabalho as medidas de precauções básicas. Estas medidas previnem a expansão de infeção, geralmente vinculada a sangue, fluidos corporais (exceto o suor), secreções, pele e mucosas com lesões (Martins, 2001). Segundo Pina et al (2010:33) "*(...) o uso de EPI faz parte integrante das Precauções básicas, tendo vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança não só do PS, mas também dos doentes".* Reconhecemos assim que a utilização correta e frequente de EPI pelos enfermeiros desempenha um papel importante na redução do risco de infeção, bem como na sua proteção. De acordo com Pinho (1997) e as guidelines do Centers for Disease Control Prevention (CDC) (1996, 2007), consideramos que os EPI preconizados para a prática de enfermagem são: máscaras (se é previsível procedimentos que provoquem salpicos e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, previnem a transmissão de agentes infeciosos dos profissionais para os clientes e vice-versa), luvas (sempre que se manipulam sangue ou fluidos orgânicos, ou sempre que haja contacto com mucosas ou

pele não intacta e com materiais contaminados),bata/avental (para proteger a pele e a roupa, sempre que se preveja a sua contaminação com sangue e fluidos corporais),óculos ou máscaras com viseira (sempre que se preveja salpicos de sangue ou fluidos orgânicos que contaminem a face e olhos).

A infeção é uma complicação frequente nos cuidados de saúde, que tem um impacto importante no cliente e nos serviços de saúde, mas que pode ser evitável (Wilson,2003).

A infeção nosocomial é toda a infeção que se desenvolve em consequência dos cuidados prestados no hospital e de que o cliente não era portador no momento da admissão (Martins,2001; Tavares et al, 2003). O conceito de IACS, torna-se mais abrangente relativamente à designação de infeção nosocomial, uma vez que que esta exclui o ambulatório. A designação de IACS refere-se a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, sendo importante assegurar a comunicação e articulação entre as diversas unidades de saúde para a identificação destas infeções a fim de se reduzir o risco de infeção cruzada (DGS,2007). Segundo Pina et al (2010) desconhece-se a proporção de IACS que são potencialmente evitáveis, mas estudos efetuados no Reino Unido, concluíram que pelo menos 20% de todas as infeções nosocomiais seriam provavelmente evitáveis.

Os avanços da tecnologia permitem atualmente tratar os clientes com doenças antes consideradas fatais, então as IACS surgem muitas vezes por recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e a internamentos recorrentes nas unidades hospitalares (DGS,2007; Silva,2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de clientes e são uma causa importante de morbilidade/mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos hospitalares e da comunidade (DGS (PNCI),2007).

Segundo os dados analisados pela Direção Geral de Saúde (DGS), de Março de 2009, a taxa de clientes, com infeção é de 9.84%. De acordo com Cristina Costa, uma das autoras do estudo, este aumento deriva de factos relacionados com a prestação de cuidados, como a inadequação de estruturas e equipamentos hospitalares.

Conforme o Relatório de prevalência de Infeção de 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde realizado em

Portugal, a taxa de prevalência de infeção nosocomial é de 11,7%. No CHMST, assim como no SUG e segundo o Relatório de prevalência das infeções e de doentes com infeções da CCIH do CHMST (2010), a taxa de prevalência de infeção nosocomial aproxima-se da taxa nacional.

O conceito de aplicação de medidas de controlo de infeção por rotina, nos cuidados a todos os clientes independentemente de se saber ou não se têm infeções, foi recomendado pela primeira vez no final da década de 1980 pelo CDC. Em 1987, foi proposto um novo sistema chamado de isolamento. Mas ao serem desencadeadas medidas de precauções básicas que previnem a transmissão a partir de clientes que não se sabe se estão ou não a incubar ou colonizados por microrganismos patogénicos, simplificam-se as medidas de isolamento a aplicar aos clientes com doença infeciosa conhecida (Wilson,2003).

Por vezes ocorrem epidemias por IACS devido a quebra de procedimentos de controlo da infeção (não utilização de medidas de precauções básicas) ou a disseminação a partir de um cliente com doença infeciosa (medidas de precauções especificas de isolamento).

Os profissionais de saúde de forma a cumprirem boas práticas na área da prevenção e do controlo da infeção, deverão seguir indicações emanadas da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH), que é um elemento crucial no processo de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente as indicações dos procedimentos de precauções básicas e isolamento consoante a via de transmissão. É de salientar que o cliente no SUG do CHMST deveria permanecer no máximo 24 horas internado e posteriormente ser encaminhado para o domicílio ou internamento. No entanto tal situação não se verifica devido à sobrelotação dos serviços, para além dos clientes com alta prevista permanecerem no serviço por situações sociais. Segundo a estatística do movimento de clientes do SUG na Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA) no ano de 2011 estiveram internados 2668 clientes. Tal situação não corresponde à realidade porque o maior número de internamentos no SUG é na Sala de Observações (SO), mas este sector não é considerado internamento, torna-se assim difícil contabilizar todos os clientes internados e a quem se prestam cuidados. Isto, quer dizer que o SUG tem uma sobrelotação e sobrecarga de trabalho que pode ser uma das causas para que muitas

vezes os enfermeiros não adiram ao uso de EPI ou o façam de forma inadequada.

No entanto, no SUG a perceção de que a IACS é um motivo de morbilidade/mortalidade e de que as medidas de precauções básicas e adicionais desencadeadas são deficitárias, levou a que o plano de formação anual integre a área de controlo e prevenção de infeção.

No sentido de fundamentar o problema definido construímos uma grelha de observação com respetivo guia orientador, pretendendo-se observar as ações dos enfermeiros no que respeita ao uso de EPI perante procedimentos com indicação para a sua utilização. Após termos efetuado um pedido de autorização à Enfermeira coordenadora do SUG, a grelha foi aplicada de 6 a 16 de Janeiro de 2012 e testada no SUG de 12 a 15 de Dezembro de 2011, como foi verificada a sua aplicabilidade não sendo necessário efetuar mais alterações, considerou-se na amostra as observações efetuadas neste período. A grelha consistia na observação dos EPI a utilizar pelos enfermeiros como precaução básica na prevenção e controlo de infeção (bata estéril e não estéril, avental, máscara cirúrgica, óculos/máscara c/ viseira e luvas estéreis e não estéreis).

Após as observações foram analisados os dados obtidos calculando-se a taxa de adesão dos enfermeiros à utilização de EPI considerados, Ou seja, foram consideradas as oportunidades de observação da utilização de cada EPI, consoante os procedimentos em que há indicação e dessas oportunidades foram registadas as ações positivas e as omissas ou negativas. O cálculo da fórmula usada para a taxa de adesão foi adaptado do definido pela DGS, para cálculo da adesão à higienização das mãos, que por sua vez foi adaptado da World Alliance for Patient Safety (Manual do observador – higienização das mãos, 2005).No numerador está expresso o número de ações positivas e no denominador o número de oportunidades efetuadas.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{nº de ações positivas}}{\text{nº de oportunidades observadas}} \times 100.$$

De acordo com as indicações para o uso correto de EPI, foram consideradas 3 etapas a observar para cada um dos equipamentos:

- 1ª - Imediatamente antes do procedimento.
- 2ª - Imediatamente após o procedimento.

- 3ª - Entre clientes.

Da análise dos dados obtidos pode verificar-se que não há adesão à utilização de óculos ou máscara com viseira e batas estéreis. Os EPI com menor taxa de adesão são batas não estéreis (20%) e máscaras cirúrgicas (46,7%), os que apresentam maior taxa de adesão são em primeiro lugar as luvas não esterilizadas (83,3%), em 2º lugar o avental (80%) e em 3º luvas estéreis (66,7%).

Relativamente às etapas que constituíam a grelha, a que apresentou menor taxa de adesão nos vários equipamentos foi a "remove imediatamente após o procedimento", mas a etapa " muda entre clientes "na utilização de máscara cirúrgica e avental também apresentou uma taxa de adesão baixa (32,1%), assim como na do avental (50%).Os EPI de forma incorreta são muitas vezes utilizados para o desempenho de outras atividades no mesmo doente e entre clientes, o que constitui um risco acrescido para a infeção por contaminação cruzada e potencia a IACS, violando os princípios do controlo de infeção na prestação de cuidados de enfermagem.

Observou-se também que há uma taxa elevada de colocação incorreta (50%) e de remoção incorreta (75%) de EPI.

Com o intuito de percebermos quais os motivos que levam os enfermeiros do SUG do CHMST a não usarem EPI ou então a usá-lo de forma inapropriada e corroborar o tratamento de dados obtidos nas observações, elaborámos um questionário que após termos efetuado um pedido de autorização à Enfermeira coordenadora do SUG, foi aplicado no SUG no período de 13 a 16 de Janeiro de 2012. É de referenciar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo no que concerne à confidencialidade e anonimato. Temos ainda a salientar que foi efetuado um pré teste por 4 enfermeiras, 2 das quais enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e como não foi necessário efetuar alterações, o questionário foi aplicado à equipa de enfermagem. O instrumento supracitado contemplava 3 partes: a primeira visava a caracterização da equipa de enfermagem, a segunda visava perceber se os enfermeiros conhecem o procedimento geral de seleção de EPI e a ultima parte saber qual o nível de formação dos enfermeiros acerca da seleção e utilização de EPI

Tendo em conta que o questionário era composto por questões fechadas, utilizou-se para tratamento de dados o método quantitativo através do programa Excel. Dos 61

questionários entregues apenas 53 enfermeiros responderam (2 enfermeiros encontravam-se de atestado, 4 estavam ausentes do serviço por folgas e 2 não responderam).

Da análise dos dados obtidos, pode verificar-se que a amostra dos enfermeiros era maioritariamente do sexo feminino (79%) com idades compreendidas entre 20 e os 59 anos, situando-se na sua maioria entre os 40 e 49 anos (34%). Cerca de 73% tinha a licenciatura em enfermagem, verificando-se dois grupos com uma representatividade próxima relativamente aos anos de experiência profissional, 5 a 9 anos (26%) e 20 ou mais anos (28%). Verificou-se um predomínio de enfermeiros com poucos anos de experiência profissional no serviço de urgência sendo o grupo 0 a 4 anos o mais representativo (30%), o que corresponde à admissão de vários enfermeiros recém-formados nos últimos anos e ao turnover de enfermeiros nos últimos dois anos.

Dos enfermeiros inquiridos, havia cerca de 45% que desconheciam a existência do procedimento geral de seleção de equipamento de proteção individual. Os enfermeiros que tinham conhecimento do procedimento atribuíram-lhe, importância (7%), muita importância (52%) e bastante importância (41%).

Quanto à adaptação, número suficiente e localização de equipamento de proteção individual (bata/avental, óculos, máscara cirúrgica e luvas), os enfermeiros consideraram maioritariamente que bastantes vezes o equipamento era adaptado às necessidades dos clientes/profissionais (47%) e só às vezes existia em número suficiente (56%) e em locais acessíveis (45%).

Constatou-se que 62% dos enfermeiros nunca fez formação na área da seleção/utilização de equipamento de proteção individual. A maioria referiu não ter dificuldade na seleção de equipamento (89%).

Relativamente à ordem de colocação e remoção de equipamento de proteção individual, constatou-se que 74% dos enfermeiros referem uma ordem incorreta na colocação e 96% na remoção.

Verificou-se assim que os aspetos de utilização do equipamento de proteção individual (bata/ avental, óculos, máscara e luvas) são os que suscitam mais dúvidas aos enfermeiros, podendo estar associados ao facto da maioria não ter formação nesta área (62%) e cerca de 45% não conhecer o procedimento geral de seleção de equipamento.

Conclusões

Os dados do questionário vieram de encontro às observações efetuadas relativamente à utilização do equipamento (colocação e remoção do EPI) e embora a maioria dos enfermeiros referisse que não tinha dificuldade na seleção de EPI, observou-se que havia equipamentos que não eram utilizados pelos enfermeiros em procedimentos em que existia indicação para os utilizar nomeadamente batas, óculos ou máscara com viseira, havendo também uma baixa adesão à utilização de máscara cirúrgica. Esta situação está de acordo com um estudo de Mafra et al (2008) em que os resultados demonstram que os enfermeiros percebem a importância do uso de EPI e têm conhecimento dos riscos biológicos a que estão expostos, mas essa perceção não é suficiente para a sua utilização na prática.

O uso incorreto de EPI aumenta o risco de disseminação de micro-organismos pelo ambiente de cuidados de saúde, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade da transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde. A pedra basilar da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde são as recomendações das Precauções Básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do EPI (Pina et al. 2010).

O EPI tem vindo a ganhar importância, não só devido à necessidade de garantir a segurança do pessoal de saúde, mas também pela segurança dos doentes. A decisão de usar ou não EPI e quais os equipamentos a usar em cada momento da prestação de cuidados devem ser baseados na avaliação de risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do fardamento, pele ou mucosas do pessoal de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente (Pratt, 2001).

Como forma de avaliação mais objetiva de eventuais problemas e deteção de falhas na utilização de EPI foi utilizada a Failure, Mode e Effects Analysis (FMEA) facilitando o planeamento estratégico do projeto. A FMEA, foi aplicada às etapas a observar na grelha para cada EPI. Foram identificados 26 modos potenciais de falhas que foram classificados de acordo com o Risk Priority Number (RPN), assim como os efeitos, as causas e as ações a desenvolver. As falhas detetadas podem conduzir ao risco de infeção cruzada que por sua vez poderão levar ao aumento da incidência de IACS. O produto dos índices de gravidade, ocorrência e deteção corresponde ao número de prioridade de risco

(RPN). A prioridade de intervenção com medidas corretivas deverá incidir inicialmente nas etapas com valor de RPN mais elevado e posteriormente nas de valor mais baixo. Para se conseguir implementar medidas corretivas será necessário desenvolver estratégias junto da equipa de enfermagem para que se consigam boas práticas na utilização de EPI.

Fazendo uma avaliação das observações efetuadas e do valor do RPN, pode-se inferir que as etapas com valor de RPN mais elevado são: Utiliza óculos/máscara c/ viseira e coloca óculos / máscara c/ viseira imediatamente antes do procedimento (1000) que correspondem ao valor mais baixo de adesão. Em contraposição, o valor do RPN mais baixo é para a utilização de luvas não estéreis (250) e para a etapa de mudança de luvas entre clientes diferentes (160), correspondendo à adesão mais elevada.

Após análise do problema, validado pelas ferramentas diagnósticas, concluímos que esta será uma área pertinente para intervir e contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente no SUG.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Pensamos que os problemas parcelares estão relacionados, com:

- Níveis de formação díspares relativamente ao uso de EPI no seio da equipa de enfermagem do SUG do CHMST.

- Desconhecimento do Procedimento Geral de Seleção de EPI.

Determinação de prioridades

- Realizar pesquisa bibliográfica acerca de EPI.

- Atualizar procedimento geral de seleção de EPI.

- Elaborar um instrumento de auditoria que permita avaliar boas práticas no âmbito do uso de EPI.

- Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem através da realização de procedimentos e formação no âmbito das boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Atualizar o Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST.

- Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI.

- Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.

Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)

BIBLIOGRÁFICAS

CHMST. Comissão de Controlo de Infeção. **Manual de Controlo de Infeção- Prevenções Básicas/ Standard,** 2006.

FANTAZZINI, M. [et al] - **Equipamentos de Proteção Individual: um problema multidisciplinar em saúde ocupacional**. Fundacentro. São Paulo, 1987.

FORTIN, M. – **O Processo de investigação - Da conceção à realização**. Lusociência**.** Loures,1996, ISBN 972-8383-10-X.

HILL, M.; HILL, A. – **Investigação por questionário**. 1ª Edição. Lisboa. Edições sílabo, Lda., 2000.

LAKATOS, E. [et al.] – **Técnicas de pesquisa**. São Paulo. Editora Atlas, S.A.,1990.

KETELE, J.; DAMAS, M. – **Observar para avaliar**. Coimbra. Livraria Almedina, 1985.

MARCONI, M., LAKATOS, E. – **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo. Editora Atlas S.A., 1986.

MARTINS, M. – **Manual de Infeção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, março, 2007.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**.** Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa, 2010.

PRATT, R. [et al.] The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. **Journal of Hospital Infection**, 2001, 47 (Supplement).

VILELAS, J. – **Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento**.1ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda., 2009.

WILSON, J. – **Controlo de Infeção na Prática Clinica, Princípios Gerais de Controlo de Infeção**. 2ª Edição. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, 2003.

ELETRÓNICAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Setting**. [Em linha]. [Projeção visual)]. 40 Diapositivos. [Consult. 10 dez. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf.

MAFRA, A. [et al.] – Perceção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. ISSN 1980-3990. Vol 1, nº 32 (Jan. /Mar. 2008), p. 31- 38. [Consult. 25 nov. 2011]. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/31a38.pdf.

SOUZA, A. [et al] – Conhecimento dos Graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Revista Electronica de Enfermagem**. [Em linha]. Goiana, Goiás. ISSN 0874-0283. Vol.10, nº 2, 2008 [Consult. 29 out. 2011]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a14

.htm14,htm

SOUZA, E. [et al.] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série, n º 4 (Jul. 2011), p. 125-133. [Consult. 18 nov. 2011]. Disponível emhttp://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2242.

VASCONCELOS, B.; REIS, A.; VIEIRA, M. – Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do Muncípio de Coronel Fabriciano**.** [Em linha]. **Revista de Enfermagem Integrada**. Ipatinga:Unileste-MG. ISSN:1984-7602 Vol. 1, nº 1 (nov/dez.2008), p. 99-111. [Consult. 2 jan. 2012]. Disponível em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf.

Data: Assinatura:

Apêndice 2

Autorização para Implementação da Grelha de Observação e Questionário no Serviço de Urgência

Exma. Senhora Enfermeira Coordenadora

do Serviço de Urgência -

Maria Teresa da Costa Martins Cordeiro, Enfermeira, a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na ESS do IPS e a efectuar estágio no Serviço de Urgência no período de 30 de Setembro de 2011 a 11 de Julho de 2012, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados através da aplicação de instrumentos de diagnóstico de situação (grelha de observação e questionário), no âmbito da realização do projecto de intervenção no serviço que tem como tema" A Utilização de Equipamentos de Protecção Individual pelos Enfermeiros e suas Implicações no Cuidar no Serviço de Urgência ", este projecto tem como objectivo: Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente no serviço de urgência, disponibiliza-se, desde já, a divulgar os resultados obtidos no estudo e anexa instrumentos de diagnóstico de situação a utilizar.

Atenciosamente,

Pede Deferimento.

, 13 de Janeiro de 2012.

Apêndice 3

Grelha de Observação da Utilização de EPI

(Diagnóstico de Situação)

Grelha de Observação da Utilização de Equipamentos de Protecção Individual

Serviço:___________________ Dia:____/____/_______

Hora Inicio:______ Hora Fim:______

Auditor:____	Cat. Profissional: __________________				Cat. Profissional: __________________				Cat. Profissional: __________________				Cat. Profissional: __________________				Total Sim	Total Não	Taxa Adesão
	SIM	NÃO	N/A	NOTAS	SIM	NÃO	N/A	NOTAS	SIM	NÃO	N/A	NOTAS	SIM	NÃO	N/A	NOTAS			
Utiliza **bata não estéril**																			
Utiliza **bata estéril** em procedimentos com técnica asséptica																			
Coloca imediatamente antes do procedimento																			
Remove imediatamente após o procedimento																			
Muda entre clientes diferentes.																			
Utiliza **avental**																			
Coloca imediatamente antes do procedimento																			
Remove imediatamente após o procedimento																			
Muda entre clientes diferentes.																			
Utiliza **máscara cirurgica**																			
Coloca imediatamente antes do procedimento																			
Remove imediatamente após o procedimento.																			
Muda entre clientes diferentes.																			
Utiliza **óculos/máscara com viseira**																			
Coloca imediatamente antes do procedimento																			
Remove imediatamente após o procedimento.																			
Muda entre clientes diferentes.																			
Utiliza **luvas não estéreis**																			
Utiliza **luvas estéreis** em procedimentos com técnica asséptica																			
Coloca imediatamente antes do procedimento																			
Remove imediatamente após o procedimento																			
Muda entre clientes diferentes																			
Ordem colocação EPI: b**ata/avental; máscara; óculos; luvas**																			
Ordem remoção EPI : l**uvas; óculos; bata/avental; máscara**																			

Elaborado por Maria Teresa Cordeiro, no âmbito do 1º CMEMC da ESS do IPS, sob orientação da Profª. E.M. e da Enfª. EspecialistaN.R.

Apêndice 4

Guia Orientador para Preenchimento da Grelha de Observação de Utilização de EPI

(Diagnóstico de Situação)

GUIA ORIENTADOR PARA PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, surge o projeto de intervenção no serviço – Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar no Serviço de Urgência, sendo aplicado uma grelha de observação à adesão de utilização de equipamento de proteção individual.

Este guia tem como objetivo orientar a aplicação da grelha de observação. Explica as indicações e as etapas a observar em cada tipo de equipamento, assim como o cálculo da taxa de adesão à utilização de equipamento de proteção individual.

Elaborado por Maria Teresa Cordeiro, sob orientação da Profª. E.M. e da Enfª Especialista N.R.

A grelha de observação de utilização de equipamento de proteção individual (EPI), tem como objetivos:

- Determinar a taxa de adesão à utilização de EPI pelos profissionais de saúde
- Avaliar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente.

Sendo assim, há alguns aspetos que o observador/auditor deverá ter em consideração no seu preenchimento:

- Deve apresentar-se aos profissionais de saúde a observar e explicar o motivo da sua presença.
- Pode observar mais que um profissional de saúde em simultâneo, desde que haja oportunidade, (não devendo observar-se mais que 2 profissionais, pelo risco da observação não ser efetuada corretamente).
- Deve fazer a observação em local adequado, podendo no entanto acompanhar os profissionais de saúde nas suas atividades, mas não interferindo nas mesmas.
- Após preencher o cabeçalho da folha deverá iniciar a observação quando surge uma oportunidade para utilização de EPI.
- Deverá assinalar com 1 na coluna respetiva (Sim), (Não) e (Não Aplicável).
- Poderá observar na mesma folha 4 ações para os vários EPIS, em cada grupo profissional.

A utilização de EPI pelos profissionais de saúde, deverá ser desencadeada quando se preveem determinados procedimentos que poderão levar à contaminação/transmissão de microrganismos do cliente para o profissional ou do profissional para o cliente. Tem assim uma prevenção dupla tanto para clientes como para profissionais. Tem por objetivo prevenir a transmissão cruzada de infeção. As fontes de infeção incluem fluidos corporais, sangue e outras secreções ou excreções (exceto suor), pele não intacta ou mucosas e qualquer equipamento que seja suscetível de ser contaminado (Martins,2001).

O uso de EPI é essencial para a segurança nos cuidados de saúde. Deverá ser efetuada uma avaliação de risco, consoante o procedimento a efetuar e decidir qual o EPI mais apropriado a utilizar (Pratt,2001). Nesta grelha de observação, foram considerados os principais EPI a utilizar como precaução básica na prevenção e controlo da infeção (bata estéril e não estéril, avental, máscara cirúrgica, óculos/máscara com viseira e luvas não estéreis e estéreis), não foram considerados outros, como máscaras de proteção respiratória, visto serem necessárias em situações de infeção em que estão presentes

microrganismos que necessitam de isolamento de via aérea e não era esse o objetivo do estudo.

Passamos então à descrição dos vários tipos de EPI necessários, tendo em conta os procedimentos a efetuar:

BATA

Indicação: Procedimentos em que se preveja que haja contaminação da roupa/pele com sangue ou fluidos orgânicos (ex.: risco de extensos salpicos de sangue, secreções e excreções).

Deve-se observar:

- Se coloca a bata imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após o procedimento.
- Se muda a bata entre clientes diferentes. (Pressupõe-se que ao remover o equipamento após o procedimento, terá mudado antes de efetuar outro procedimento no mesmo cliente ou de prestar cuidados a outro cliente. No entanto achou-se pertinente observar este último aspeto nos vários tipos de equipamento).
- Se utiliza bata esterilizada em procedimentos invasivos com técnica assética (esta etapa aplica-se também aos enfermeiros porque embora os procedimentos invasivos que requerem a utilização de bata estéril sejam efetuados pelo médico, há procedimentos que requerem técnica asséptica e são efetuados pelos enfermeiros por ex: realização de penso a um grande queimado, preparação de alimentação parentérica,…).

A**VENTAL**

Indicações: Procedimentos em que se preveja que haja contaminação da roupa com sangue ou fluídos orgânicos (ex.: limpar fluidos orgânicos, fazer pensos…).

Deve-se observar:

- Se coloca avental imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda avental entre clientes diferentes.

MÁSCARA CIRURGICA

Indicações: Procedimentos em que se preveja que haja salpicos e aerossolização de sangue ou fluidos orgânicos (ex.: aspiração de secreções).

Deve-se observar:

- Se coloca máscara cirúrgica imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda máscara cirúrgica entre clientes diferentes.

ÓCULOS/MÁSCARA COM VISEIRA

Indicações: Procedimentos em que se preveja que haja salpicos e aerossolização de sangue ou fluidos orgânicos que contaminem a face e os olhos (ex.: risco de extensos salpicos de sangue, secreções…).

Deve-se observar:

- Se coloca óculos/máscara com viseira imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda óculos/máscara com viseira entre clientes diferentes.

LUVAS

Indicações: Procedimentos em que se preveja que haja exposição a sangue ou fluidos orgânicos ou se contacta com mucosas/pele não intactas e com materiais contaminados (ex.: punção venosa periférica, administração de terapêutica rectal, enemas, manuseamento de arrastadeiras/urinóis sujos, entubação naso gástrica, manipulação do circuito da algaliação, contacto com liquido cefalorraquidiano, pleural,…).

Deve-se observar:

- Se coloca luvas imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda luvas entre clientes diferentes.
- Se utiliza luvas esterilizadas em procedimentos com técnica assética. (ex: algaliação, manipulação de cateter central,…)

Embora esta grelha não pretenda avaliar a adesão dos profissionais de saúde à **higienização das mãos** e por isso não é um item a observar, dever-se-á ter em consideração que **deve ser sempre realizada antes da colocação e após remoção do EPI**, a fim de evitar a infeção cruzada e potencia o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

A ordem de colocação e de remoção dos EPI é outro item a avaliar, considerando-se que nem sempre é possível observar a utilização de todos os EPI, dever-

se-á observar esta ordem sempre que se utilize mais do que um EPI. Sendo considerada a ordem correta de colocação de EPI: bata, máscara, óculos, luvas e a de remoção: luvas, óculos, bata, máscara (CDC).

A taxa de adesão à utilização de EPI pelos profissionais de saúde será obtida através da razão entre o nº de ações que confirmam a utilização do equipamento e o nº de oportunidades observadas. A fórmula usada para a taxa de adesão tem no numerador expresso o número de ações positivas e no denominador o número de oportunidades observadas.

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{nº de ações positivas}}{\text{nº de oportunidades observadas}} \times 100$$

O cálculo da fórmula foi adaptado do definido pela DGS, para cálculo da adesão à higienização das mãos, que por sua vez foi adaptado da World Alliance for Patient Safety (Manual do observador – higienização das mãos, 2005)

Apêndice 5

Consentimento Informado / Questionário

Consentimento Informado

Declaro que fui informado acerca do projeto a desenvolver no âmbito do controlo de infeção, no que respeita à utilização de equipamento de proteção individual, aquando da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente no serviço de urgência.

Fui esclarecido sobre o autor, objetivo e âmbito do estudo, assim como da instituição de educação promotora, garantia de confidencialidade dos dados (sendo este o único documento onde consta a minha identificação), possibilidade de abandonar o estudo em qualquer altura e de conhecer os resultados obtidos, se assim o pretender.

Desta forma, aceito participar de forma voluntária e esclarecida no preenchimento do questionário em anexo e autorizo a utilização dos resultados obtidos no estudo.

,____ de ___________ de 2012.

O Participante:

____

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

QUESTIONÁRIO

No contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica que nos encontramos a frequentar na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior de Setúbal, pretendo desenvolver um projeto de intervenção no serviço de urgência, na área do controlo de infeção hospitalar – Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência.

Com este questionário pretendemos auscultar a opinião dos enfermeiros relativamente à importância que atribuem à seleção/utilização de equipamento de proteção individual, no sentido de uniformizar procedimentos. A sua colaboração no preenchimento do mesmo será essencial para o desenvolvimento do projeto.

O questionário encontra-se dividido em três partes: a primeira pretende caracterizar a equipa de enfermagem, a segunda ter a perceção se os enfermeiros conhecem o procedimento geral de seleção de equipamento de proteção individual do Centro Hospitalar e a terceira conhecer o nível de formação dos enfermeiros acerca da seleção e utilização de equipamento de proteção individual.

A informação recolhida neste questionário é anónima, confidencial e destina-se única e exclusivamente a fins de estudo estatístico.

Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilizamo-nos a divulgar os dados obtidos, caso assim o entenda.

M.ª Teresa Martins Cordeiro

Parte I – Caraterização da Equipa

De acordo com a sua situação assinale com "X":

1. Sexo:

☐ Masculino ☐Feminino

2. Idade:

☐ 20 a 29 anos ☐ 30 a 39 anos ☐ 40 a 49 anos

☐ 50 a 59 anos ☐ ≥ 60 anos

3. Habilitações Académicas:

☐ Bacharelato em Enfermagem ☐ Pós Graduação

☐ Licenciatura em Enfermagem ☐ Mestrado

☐ Curso Pós Licenciatura em Enfermagem ☐ Doutoramento

4. Anos de Experiência Profissional:

☐ 0 a 4 anos ☐ 5 a 9 anos ☐ 9 a 14 anos

☐ 15 a 19 anos ☐ ≥ 20 anos

5. Anos de Experiência Profissional no Serviço de Urgência:

☐ 0 a 4 anos ☐ 5 a 9 anos ☐ 9 a 14 anos

☐ 15 a 19 anos ☐ ≥ 20 anos

Parte II – Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual

Com as seguintes questões pretende-se conhecer a perceção dos enfermeiros acerca do procedimento geral de seleção de equipamento de proteção individual, devendo assinalar com "X" as respostas que se adaptem à sua situação.

1. Tem conhecimento se existe algum procedimento geral sobre seleção de equipamento de proteção individual, elaborado pela Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar?

☐ Sim ☐ Não

2. Se respondeu **Sim**, responda às questões que se seguem, se respondeu **Não**, passe à questão n.º3.

2.1 Como teve conhecimento do procedimento geral?

☐ Formação em Serviço ☐ Centro de formação do CH

☐ Portal Interno do CH ☐ Manual de Práticas da CCIH

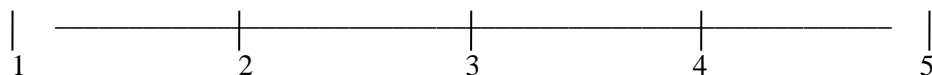
☐ Durante a integração no SU ☐ Através do elo de ligação do SU com a CCIH

2.2. De que forma o procedimento geral está disponível para consulta no SU?

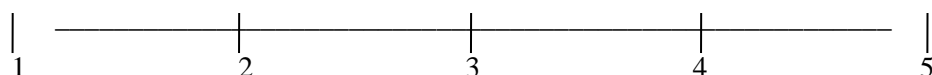
☐ No Manual de Práticas da CCIH ☐ Em Suporte Informático ☐ Outros

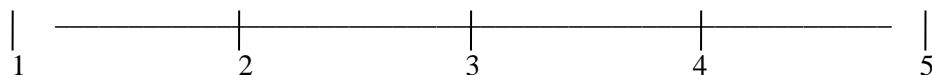
2.2.1. Se respondeu Outros, especifique:____

2.3. Recorrendo a uma escala de 1 a 5 (1 – Nada importante, 2 – Pouco importante, 3 – Importante, 4 – Muito importante e 5 – Bastante importante) assinale a sua opinião relativamente ao grau de importância que atribui à existência deste procedimento geral.

1 2 3 4 5

3. Assinale a opção que lhe pareça mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5 (1 – Nunca, 2 – Raramente, 3 – Às vezes, 4 – Muitas vezes e 5 – Sempre)

3.1. Considera que no SU existem equipamentos de proteção individual adaptados às necessidades dos clientes/profissionais de saúde?

1 2 3 4 5

3.2. No SU existem sempre equipamentos de proteção individual em número suficiente?

1 2 3 4 5

3.3. No SU os equipamentos de proteção individual estão disponíveis em locais de acesso rápido?

1 2 3 4 5

Parte III – Formação na Área da Seleção e Utilização de Equipamento de Proteção Individual

Assinale com "X" as respostas que se seguem.

1. Já fez formação relativamente à seleção/utilização de equipamento de proteção individual?

☐ Sim ☐ Não

1.1. Se respondeu **Sim,** refira há quanto tempo. _____Anos. Se respondeu **Não** passe à pergunta 2.

1.2. Em que contexto fez a formação?

☐ Formação em serviço

☐ Formação em âmbito académico

☐ Centro de Formação do CH

☐ Entidade externa ao CH

1.3. Numa escala de 1 a 5 (1 – Nada adequada, 2 – Pouco adequada, 3 – Adequada, 4 – Muito adequada, 5 – Bastante adequada) como classificaria a formação que realizou?

1 2 3 4 5

2. Tem dificuldade na seleção de equipamento de proteção individual?

☐ Sim ☐ Não

3. Utilizando algarismos de 1 a 4, assinale:

3.1. A ordem correta de colocar o seguinte equipamento de proteção individual:

☐ Máscara. ☐ Luvas. ☐ Óculos. ☐ Bata/avental.

3.2. A ordem correta de remover o seguinte equipamento de proteção individual:

☐ Máscara. ☐ Luvas. ☐ Óculos. ☐ Bata/avental.

Muito Obrigado pela sua Disponibilidade e Colaboração

Apêndice 6

Apresentação e Análise dos Resultados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

Médico-Cirúrgica

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES E QUESTIONÁRIOS APLICADOS À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Elaborado por:

Mª Teresa da Costa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E. M.

Fevereiro 2012

ÍNDICE DE GRÁFICOS RELATIVOS À GRELHA DE OBSERVAÇÃO

ÍNDICE DE GRÁFICOS RELATIVOS AOS QUESTIONÁRIOS

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO

No sentido de fundamentar o problema definido no diagnóstico de situação, que foi desencadeado no estágio I e II realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) do CHMST – hospital x, de 28 de setembro de 2011 a 8 de fevereiro de 2012 e que incidia no uso de equipamento de proteção individual pela equipa de enfermagem, construímos uma grelha de observação com respetivo guia orientador, pretendendo-se observar as ações dos enfermeiros no que respeita ao uso de equipamento de proteção individual (EPI) perante procedimentos com indicação para a sua utilização.

Após termos efetuado um pedido de autorização à Enfermeira coordenadora do SUG a grelha foi aplicada de 6 a 16 de Janeiro de 2012 e testada no SUG de 12 a 15 de Dezembro de 2011, como foi verificada a sua aplicabilidade não sendo necessário efetuar mais alterações, considerou-se na amostra as observações efetuadas neste período. A grelha consistia na observação do EPI a utilizar pelos enfermeiros, como precaução básica na prevenção e controlo de infeção (bata estéril e não estéril, avental, máscara cirúrgica, óculos/máscara c/ viseira e luvas estéreis e não estéreis). Fortin (1999:241) diz que *" um estudo de observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio da observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos, num dado período de tempo ou segundo uma frequência determinada".*

Após as observações foram analisados os dados obtidos calculando-se a taxa de adesão dos enfermeiros à utilização de EPI considerados. Ou seja, foram consideradas as oportunidades de observação da utilização de cada EPI, consoante os procedimentos em que há indicação e dessas oportunidades foram registadas as ações positivas e as omissas ou negativas. O cálculo da fórmula usada para a taxa de adesão foi adaptado do definido pela DGS, para cálculo da adesão à higienização das mãos, que por sua vez foi adaptado da World Alliance for Patient Safety - Clean Care is Safer Care (Manual do observador – higienização das mãos, 2005).

No numerador está expresso o número de ações positivas e no denominador o número de oportunidades efetuadas.

Fórmula: $\frac{\text{nº de ações positivas}}{\text{nº de oportunidades observadas}} \times 100.$

De acordo com as indicações para o uso correto de EPI, foram consideradas 3 etapas a observar para cada um dos equipamentos:

- 1ª - Imediatamente antes do procedimento.
- 2ª - Imediatamente após o procedimento.
- 3ª - Entre clientes.

Com o intuito de percebermos quais os motivos que levam os enfermeiros do SUG do CHMST a não usarem EPI, ou então a usá-lo de forma inapropriada e corroborar o tratamento de dados obtidos nas observações, elaborámos um questionário que após ter sido efetuado um pedido de autorização à Enfermeira coordenadora do SUG, foi aplicado no SUG no período de 13 a 16 de Janeiro de 2012. É de referenciar que foram garantidas todas as questões éticas inerentes a qualquer estudo no que concerne à confidencialidade e anonimato. Temos ainda a salientar que foi efetuado um pré teste por 4 enfermeiras, tendo 2 a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica e como não foi necessário efetuar alterações, o questionário foi aplicado à equipa de enfermagem. O instrumento supracitado contemplava 3 partes: a primeira visava a caraterização da equipa de enfermagem, a segunda visava perceber se os enfermeiros conhecem o Procedimento Geral de Seleção de EPI e a ultima parte saber qual o nível de formação dos enfermeiros acerca da seleção e utilização de EPI. Contudo, após ter sido realizado o pré teste que como Lakatos et al. (1990:29) referem *" (...) consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da população ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso"*.

Fortin (1991:202) refere que uma população *" é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham caraterísticas comuns, definidas por um conjunto de critérios",* diz ainda que amostra é *" um subconjunto duma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população"*. Dos 61 questionários entregues apenas 53 enfermeiros responderam (2 enfermeiros encontravam-se de atestado, 3 estavam ausentes do serviço por folgas e 3 não responderam). Nas observações e no questionário utilizou-se para tratamento de dados o método quantitativo, através do programa Excel.

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À GRELHA DE OBSERVAÇÃO

De seguida analisamos e descrevemos o verificado nas observações efetuadas de acordo com os itens da grelha de observação.

Relativamente à utilização de bata não estéril, constata-se que em 10 oportunidades de observação de utilização de bata não estéril, há uma adesão de 20%.

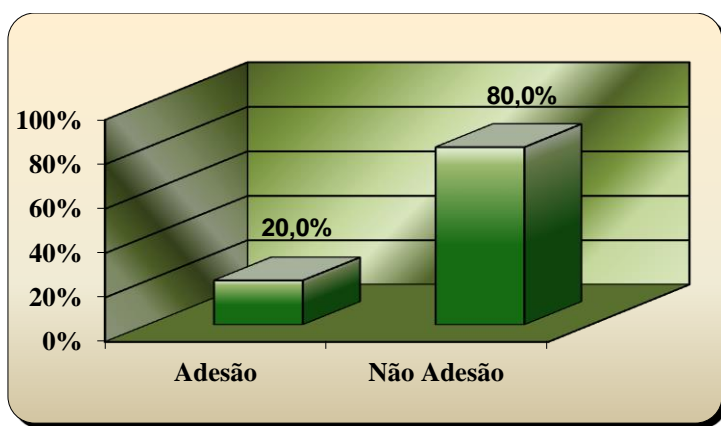



Gráfico I – Taxa de adesão à utilização de bata não estéril

Verifica-se que dos 20 % de ações positivas na utilização de bata não estéril, todas foram positivas nas várias etapas (100% de adesão).

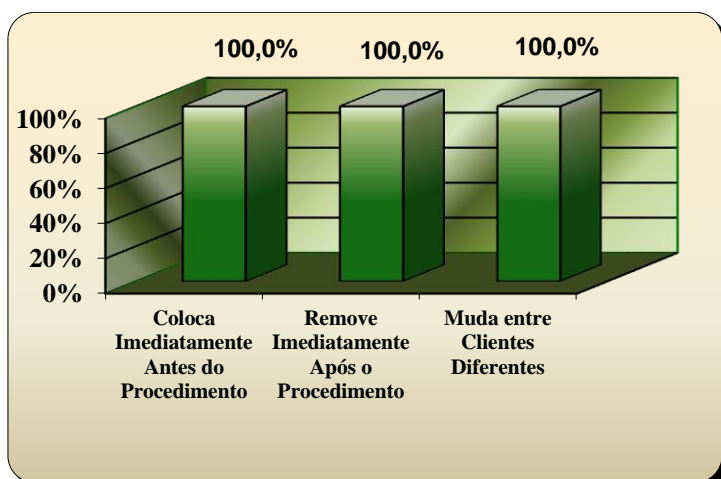



Gráfico II – Taxa de adesão por etapa de utilização de bata não estéril

Confirma-se que das 50 oportunidades de observação de utilização de avental, há uma adesão de 80%.

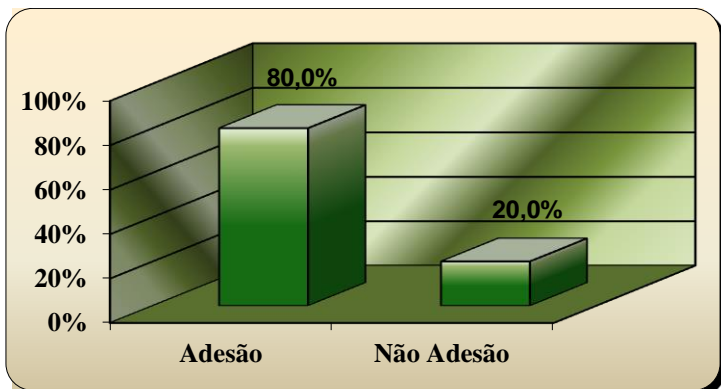



Gráfico III – Taxa de adesão à utilização de avental

Constata-se que dos 80% de ações positivas na utilização de avental há 75% de adesão na 1ª etapa, 15% na 2ª e 50% na 3ª etapa.

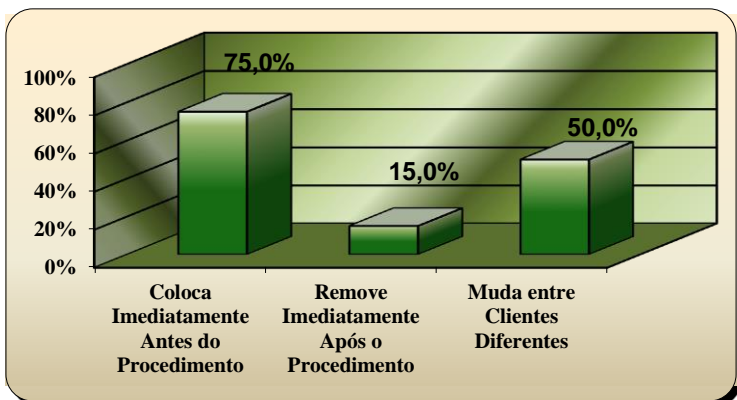



Gráfico IV – Taxa de adesão por etapa de utilização de avental

Verifica-se que das 60 oportunidades de observação de utilização de máscara cirúrgica, há uma taxa de adesão de 46,7%.

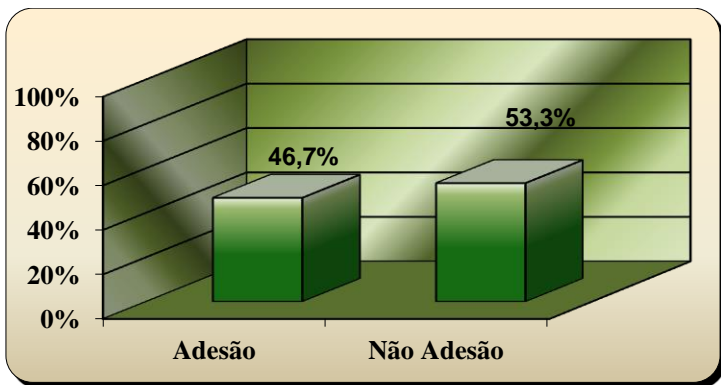



Gráfico V – Taxa de adesão à utilização de máscara cirúrgica

Verifica-se que dos 46,7% de ações positivas na utilização de máscara cirúrgica há uma adesão de 50% na 1ª etapa, 21,4% na 2ª e de 32,1% na 3ª etapa.

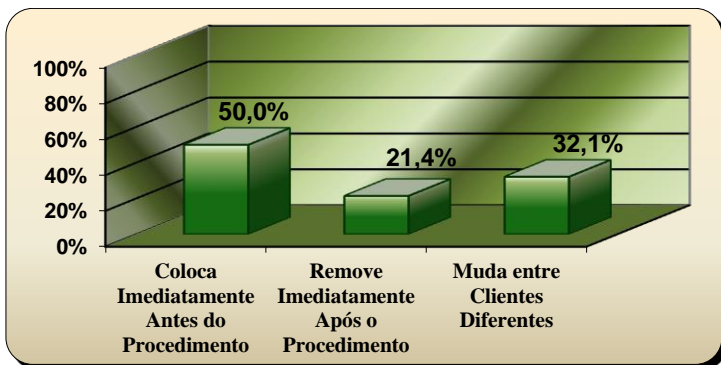



Gráfico VI – Taxa de adesão por etapa de utilização de máscara cirúrgica

Constata-se que das 60 oportunidades de observação de utilização de luvas não estéreis existe uma adesão de 83,3%.

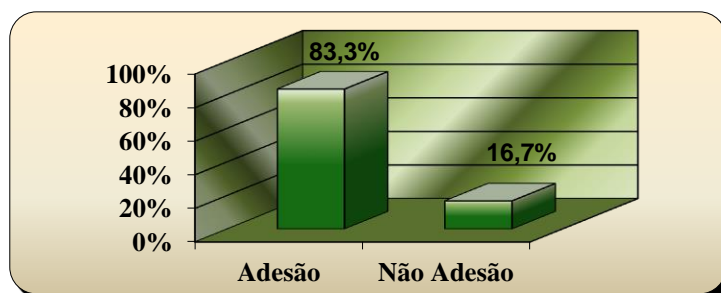



Gráfico VII – Taxa de adesão á utilização de luvas não estéreis

Verifica-se que dos 83,3% de ações positivas na utilização de luvas não estéreis, há uma taxa de adesão de 88% na 1ª etapa, 28% na 2ª e 82% na 3ª etapa.

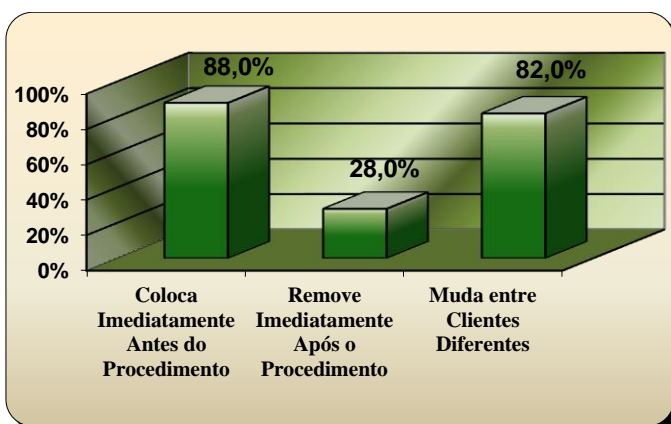



Gráfico VIII – Taxa de adesão por etapa de utilização de luvas não estéreis

Verifica-se que das 15 oportunidades de observação de luvas estéreis, existe uma adesão de 66,6 %.

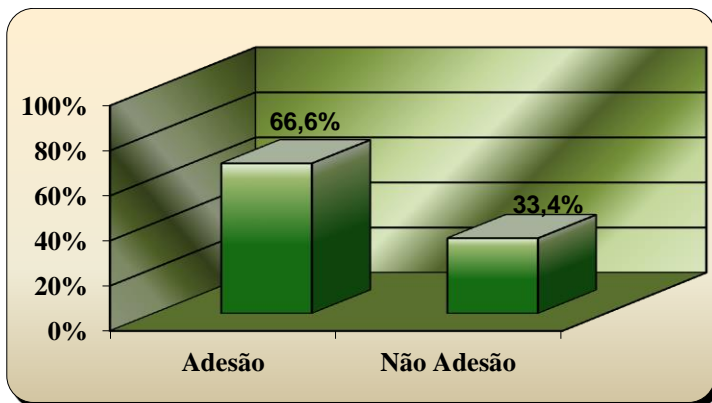



Gráfico IX – Taxa de adesão à utilização de luvas estéreis

Verifica-se que dos 66,6% de ações positivas na utilização de luvas estéreis, há 80% de adesão na 1ª etapa, 60% na 2ª e 100% na 3ª etapa.

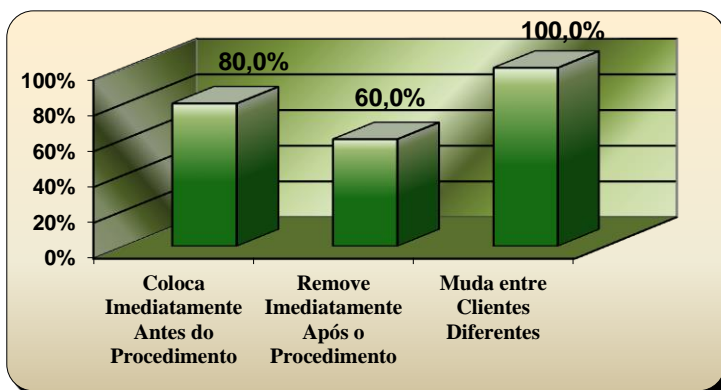



Gráfico X – Taxa de adesão por etapa de utilização de luvas estéreis

Verifica-se que das 60 oportunidades de observação de colocação de EPI, existe 50% de adesão à ordem correta de colocação.

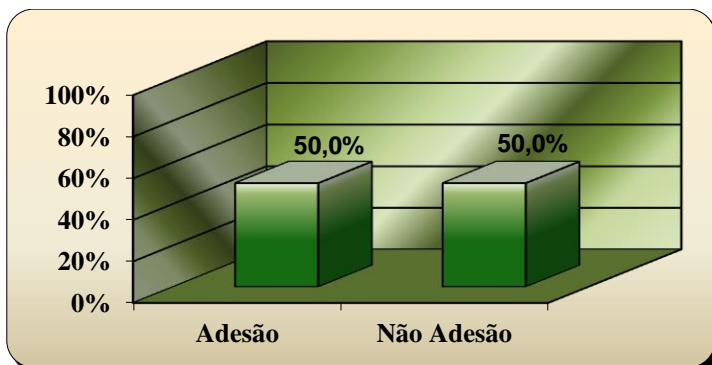



Gráfico XI – Taxa de adesão à ordem correta de colocação de EPI

Verifica-se que das 60 oportunidades de observação de remoção de EPI, existe apenas 25% de adesão à ordem correta de remoção.

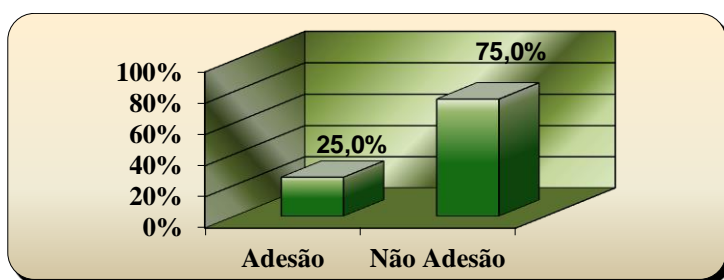



Gráfico XII – Taxa de adesão à ordem correta de remoção de EPI

Na utilização de EPI, confirma-se o referenciado nos gráficos anteriores de que há 50% de adesão na ordem correta de colocação e 25 % de adesão na ordem correta de remoção dos EPI.

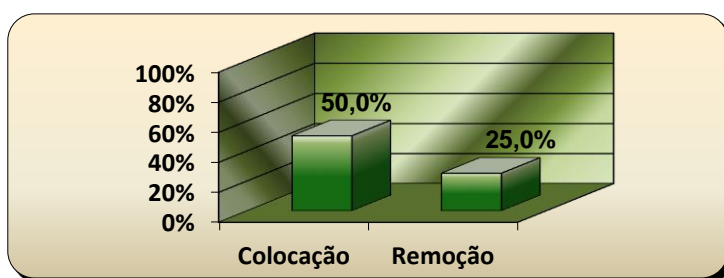



Gráfico XIII – Taxa de adesão à ordem correta de utilização de EPI

Verifica-se que os EPI com menor taxa de adesão são batas não estéreis e máscaras cirúrgicas, não havendo adesão à utilização de óculos ou máscaras com viseira e batas estéreis, os que apresentam maior taxa de adesão são em primeiro lugar as luvas não estéreis, depois o avental e em 3º lugar as luvas estéreis.

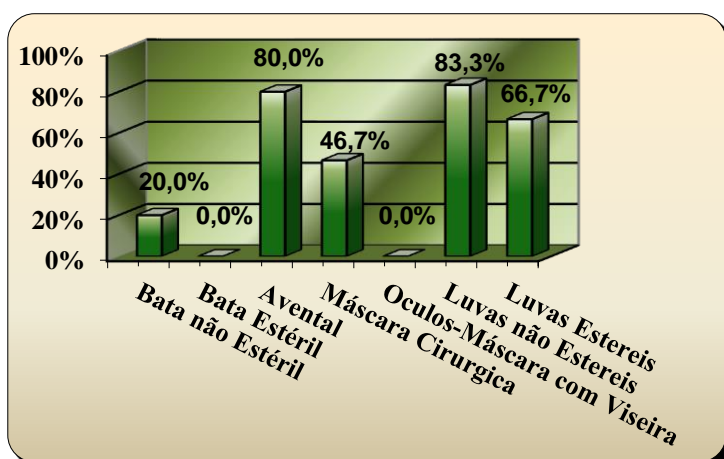



Gráfico XIV – Taxa de adesão ao uso de EPI de acordo com as indicações de utilização

Da análise dos dados obtidos verificou-se que não há adesão à utilização de óculos ou máscara com viseira e batas estéreis (motivo pelo qual não foi apresentado gráfico respetivo).

Para a utilização de bata houve 10 oportunidades de observação com 2 ações positivas, o que perfaz uma taxa de adesão de 20%, sendo todas as ações positivas nas várias etapas (100%). Na utilização de bata estéril houve 2 oportunidades de observação em que a taxa de adesão foi de 0%. Para a utilização de avental houve 50 oportunidades de observação com 40 ações positivas (80% de adesão), com 30 ações positivas (75%) na 1ª etapa,6 (15%) na 2ª etapa e 20 (50%) na 3ª. Para a utilização de máscara cirúrgica existiram 60 oportunidades de observação com 28 ações positivas (46,7% de adesão), sendo 14 positivas na 1ª etapa (50%), 6 (21,4%) na 2ª e 9 (32,1%) na 3ª. Das 8 oportunidades de observação para a utilização de óculos ou máscara com viseira, não se verificaram ações positivas (0% de adesão). Para a utilização de luvas não estéreis houve 60 oportunidades de observação com 50 ações positivas (83,3 % de adesão) em que 44 ações foram positivas (88%) na 1ª etapa,14 (28%) na 2ª e 41 (82%) na 3ª. Para a utilização de luvas esterilizadas houve 15 oportunidades de observação com 10 ações positivas (66,7 % de adesão), sendo 8 positivas na 1ª etapa (80%), 6 (60%) na 2ª e 10 (100 %) na 3ª.

Relativamente à ordem de colocação do equipamento houve 60 oportunidades de observação, sendo 30 ações positivas (50% de adesão), na ordem de remoção do equipamento houve também 60 oportunidades de observação, sendo 15 ações positivas (25% de adesão). Conclui-se assim que os EPI com menor taxa de adesão foram batas não estéreis (20%) e máscaras cirúrgicas (46,7%), os que apresentaram maior taxa de adesão são em primeiro lugar as luvas não esterilizadas (83,3%), em 2º lugar o avental (80%) e em 3º luvas estéreis (66,7%) e em 4º máscaras cirúrgicas (46,4%).

Há também a referir que a etapa que apresentou menor taxa de adesão nos vários equipamentos é a “remove imediatamente após o procedimento”, mas a etapa “ muda entre clientes “na utilização de máscara cirúrgica e avental também apresenta uma taxa de adesão baixa (32,1%) e (50%) respetivamente. Os EPI, de forma incorreta, são muitas vezes utilizados para o desempenho de outras atividades no mesmo doente e entre clientes, o que constitui um risco acrescido para a infeção por contaminação cruzada e potencia a IACS, violando os princípios do controlo de infeção na prestação de cuidados de enfermagem (Pina et al. 2010).

Observou-se também que há uma taxa elevada de colocação incorreta (50%) e de remoção incorreta (75%) de EPI.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS RELATIVOS AO QUESTIONÁRIO

De seguida descrevemos e analisamos a informação recolhida nas várias partes do questionário.

PARTE I – Caraterização da Equipa

Relativamente ao sexo, verifica-se que a amostra é constituída por 79% de enfermeiros do sexo feminino e 21% do sexo masculino.

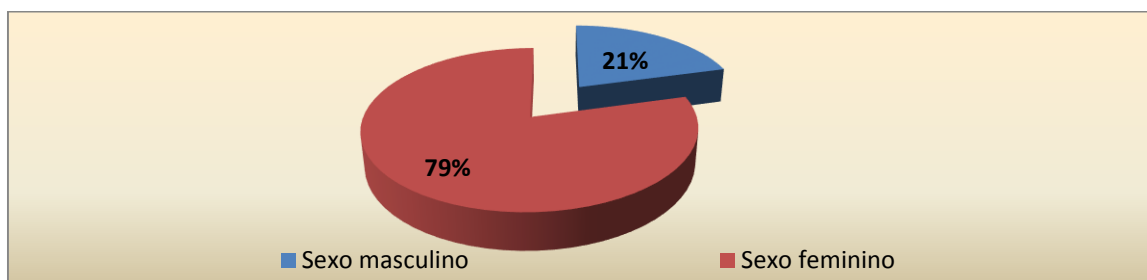



Gráfico I – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

Observa-se uma predominância do Grupo etário 40-49 anos (34%), seguindo-se 2 grupos, etários 30-39 e 20-29 anos, com a mesma representatividade (28%).

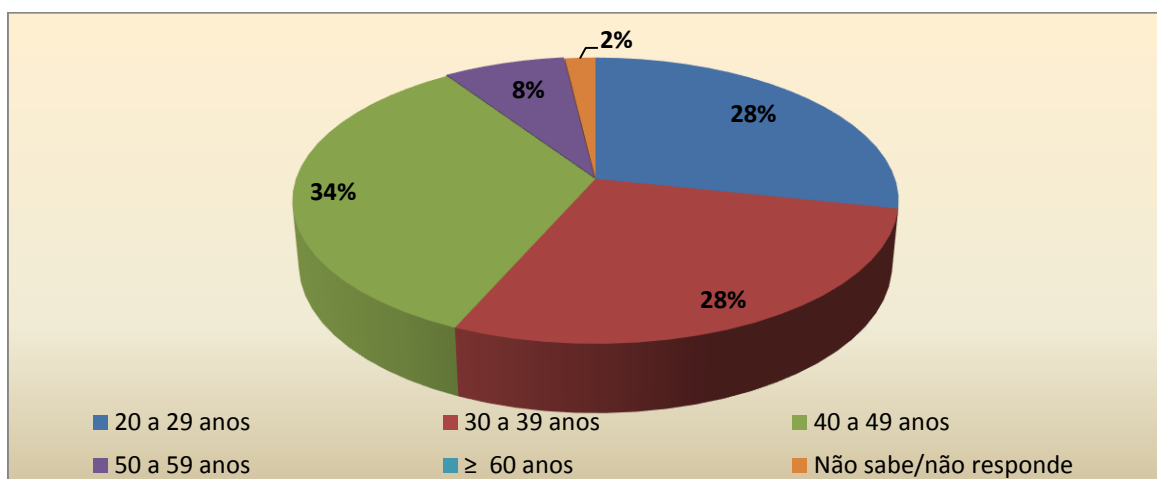



Gráfico II – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário

Constata-se que a maioria dos enfermeiros tem a licenciatura em enfermagem (73%), havendo apenas 6% dos enfermeiros com o curso de pós licenciatura em enfermagem.

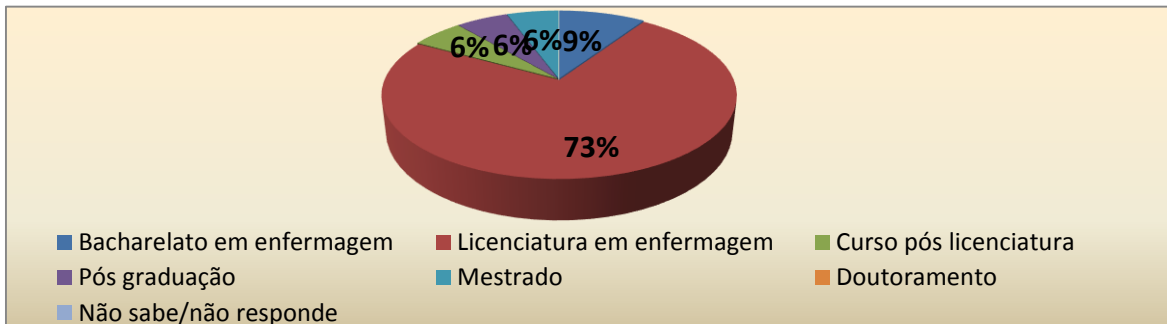



Gráfico III – Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas

Verifica-se uma heterogeneidade marcada dos enfermeiros relativamente aos anos de experiência profissional, destacando-se 2 grupos com uma representatividade muito próxima, experiência profissional entre 5 a 9 anos e 20 ou mais anos.

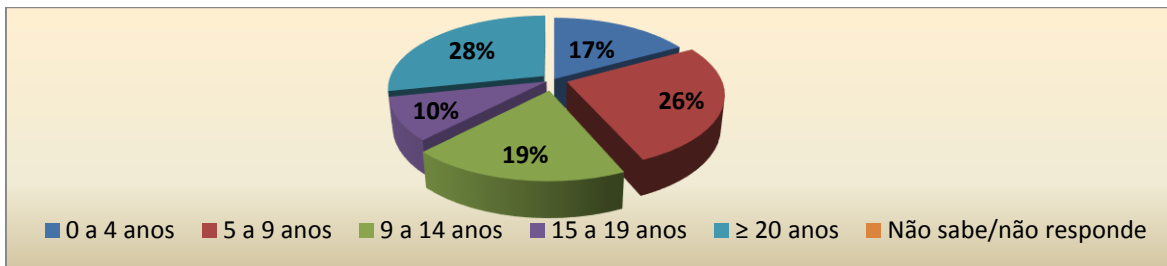



Gráfico IV- Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de experiência profissional

Verifica-se um predomínio de enfermeiros com poucos anos de experiência profissional no serviço de urgência sendo o grupo 0 a 4 anos o mais representativo (30%).

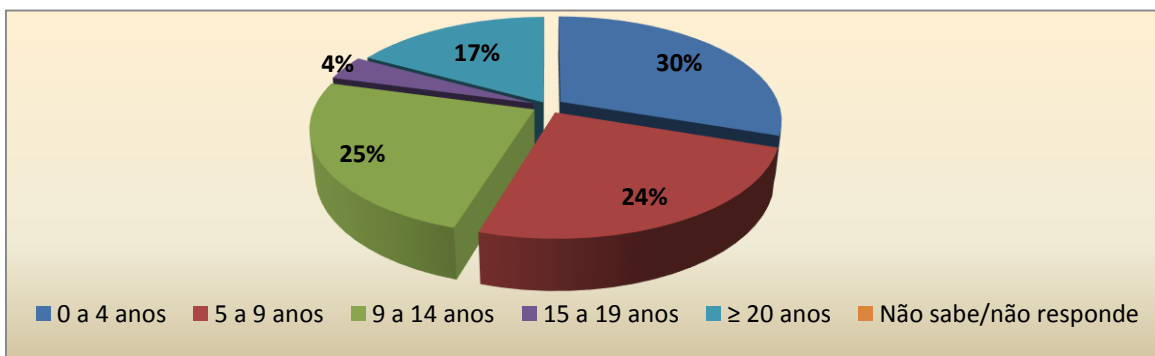



Gráfico V – Distribuição dos enfermeiros segundo os anos de experiência profissional no serviço de urgência

PARTE II – Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual

Verifica-se que 55% dos enfermeiros referem conhecer o Procedimento Geral e 45% não têm conhecimento da sua existência.

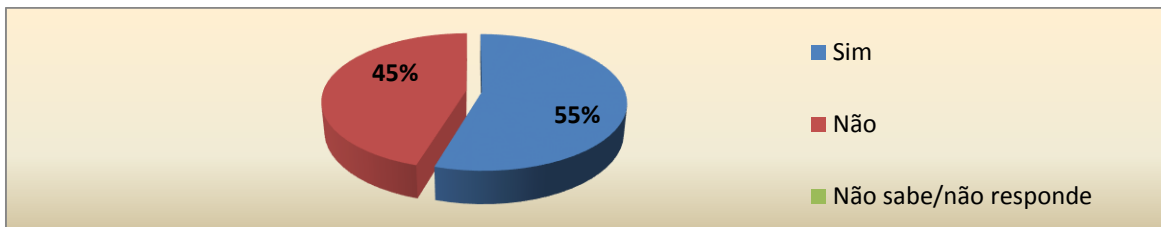



Gráfico VI – Distribuição dos enfermeiros segundo o conhecimento do Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção individual

Verifica-se que dos enfermeiros que têm conhecimento do Procedimento, 55% conheceram-no através do portal interno do CHMST, 28% através do manual de práticas da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e 10% através da formação em serviço.

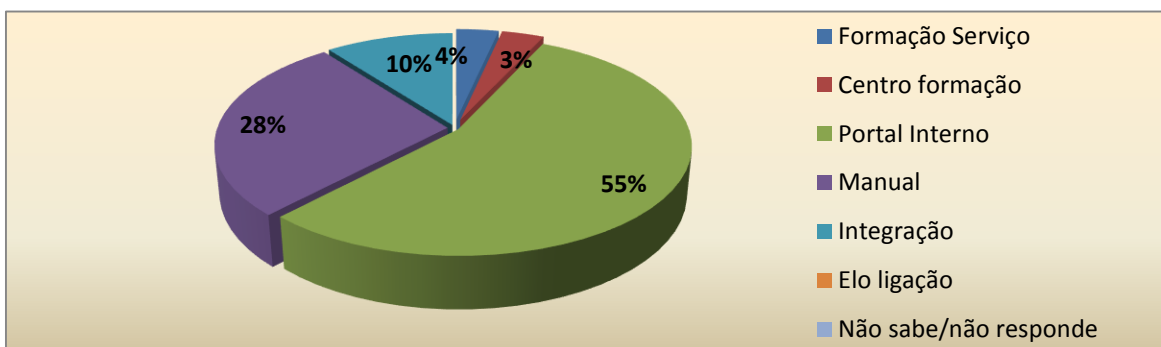



Gráfico VII – Distribuição dos enfermeiros segundo a forma de conhecimento do procedimento geral

Verifica-se que dos enfermeiros que têm conhecimento do procedimento,59% refere que este está disponível no serviço de urgência no manual de práticas da Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar e 41% em suporte informático.

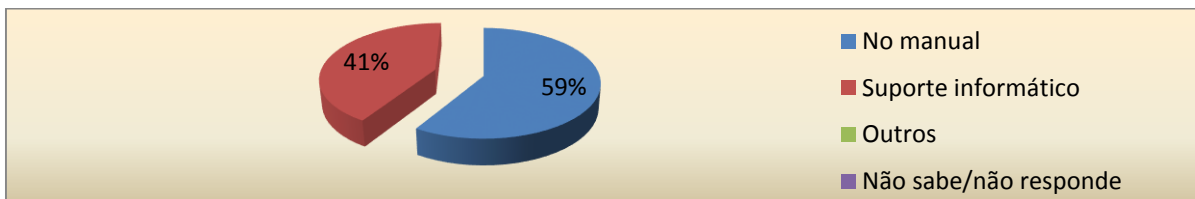



Gráfico VIII – Distribuição dos enfermeiros segundo o conhecimento da forma em que o procedimento está disponível no SU

Verifica-se que dos enfermeiros que têm conhecimento da existência do procedimento, 52% atribui-lhe muita importância e 41% bastante importância.

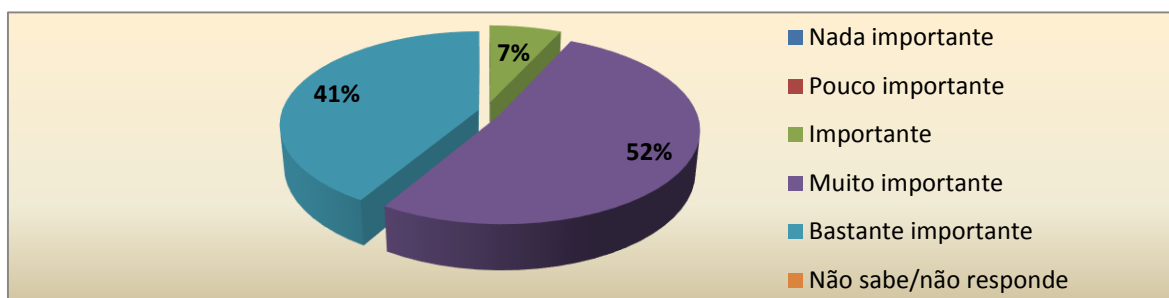



Gráfico IX – Distribuição dos enfermeiros segundo o grau de importância atribuída à existência do procedimento

Constata-se que 47% dos enfermeiros, considera que os equipamentos de proteção individual são muitas vezes adaptados às necessidades dos clientes / profissionais de saúde e 43% considera que são às vezes.

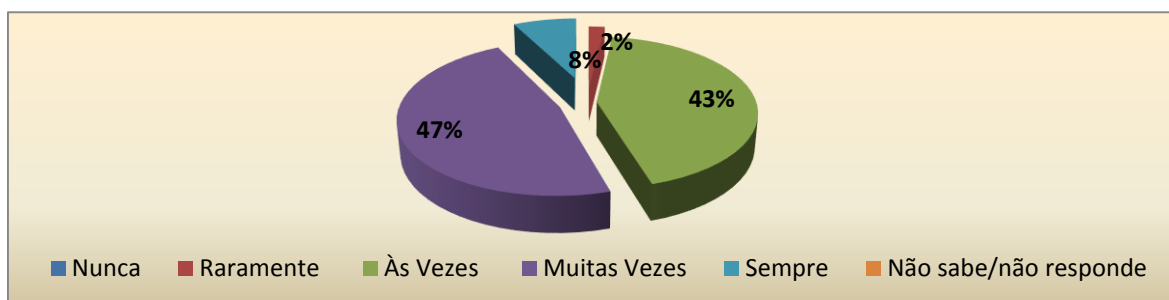



Gráfico X – Distribuição dos enfermeiros segundo a opinião acerca da adaptação dos equipamentos de proteção individual às necessidades dos clientes/profissionais de saúde

Verifica-se que 56% dos enfermeiros considera que às vezes existem equipamentos suficientes e 32% considera que existem muitas vezes.

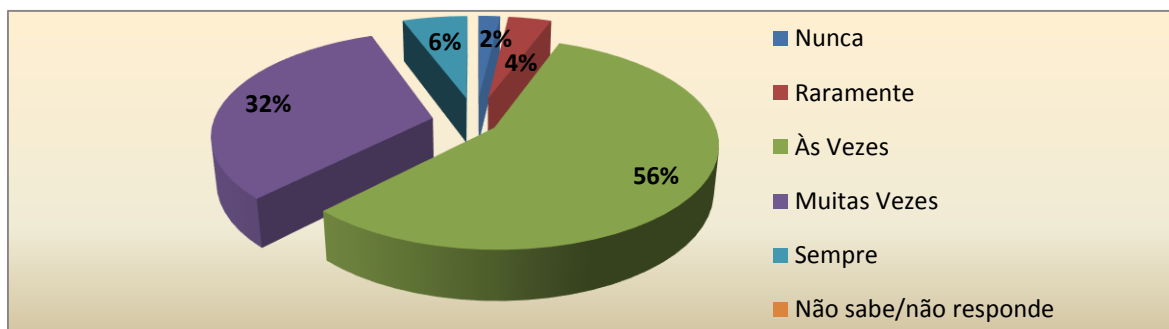



Gráfico XI – Distribuição dos enfermeiros segundo a opinião da existência de equipamentos de proteção individual em número suficiente

Verifica-se que 45% dos enfermeiros considera que os equipamentos de proteção individual estão às vezes em local de acesso rápido e 26% considera que estão muitas vezes, havendo 19% que refere que raramente estão.

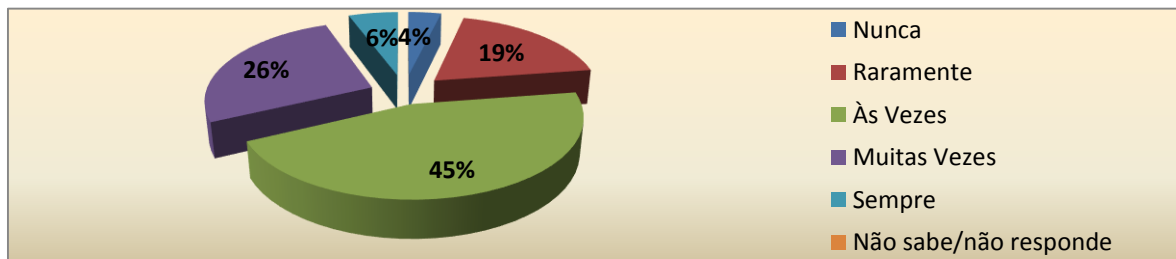



Gráfico XII – Distribuição dos enfermeiros segundo a opinião acerca da disponibilidade de equipamentos de proteção individual em locais de acesso rápido

PARTE III – Formação na Área da Seleção e Utilização de Equipamento de Proteção Individual

Verifica-se que 62% dos enfermeiros não fez formação nesta área e 38% fizeram.

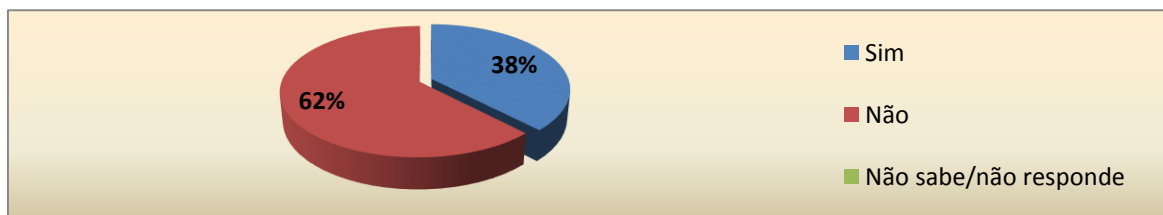



Gráfico XIII – Distribuição dos enfermeiros segundo a formação realizada na área da seleção/utilização de equipamento de proteção individual

Verifica-se que dos enfermeiros que realizaram formação, 19% está no grupo entre 0-2 anos, 15% no grupo entre 3-5 anos, havendo um grupo que fez formação há 6 anos ou mais (4%).

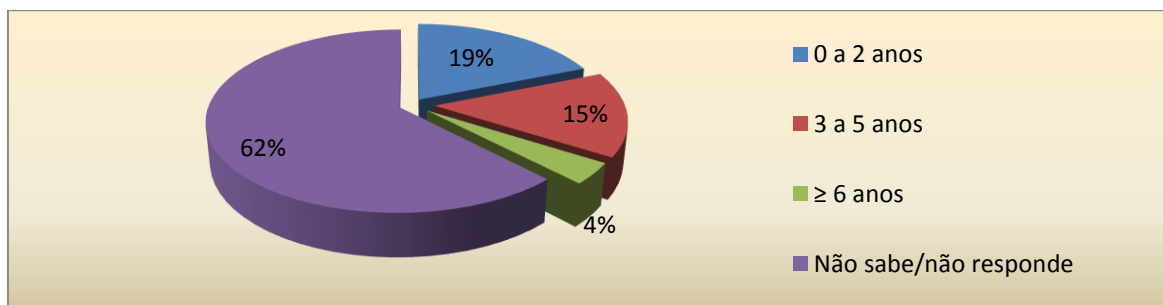



Gráfico XIV – Distribuição dos enfermeiros relativamente há quantos anos não realizam formação na área de seleção / utilização de equipamento de proteção individual

Verifica-se que dos enfermeiros que fizeram formação 26% fê-la em serviço, 6% no centro de formação, 4% em entidade externa e 2% em âmbito académico.

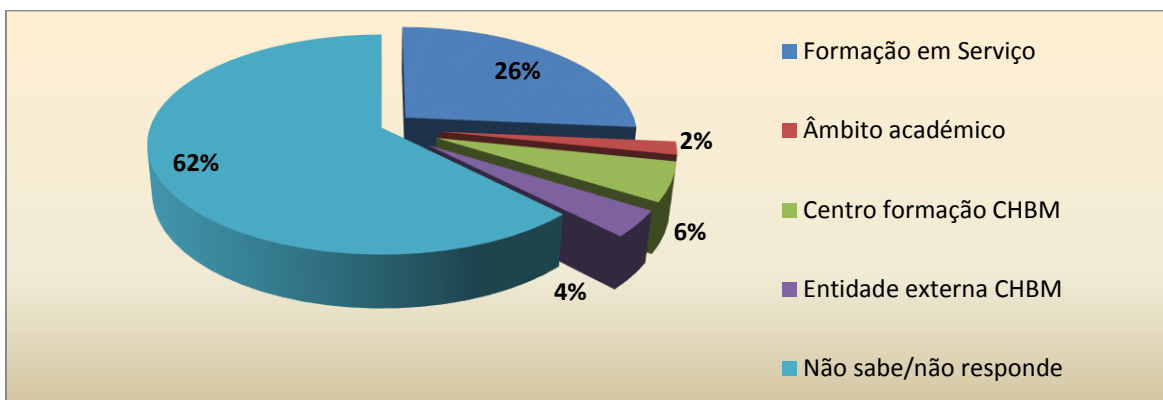



Gráfico XV - Distribuição dos enfermeiros segundo o contexto em que foi feita a formação

Constata-se que dos enfermeiros que realizaram a formação 19% considerou-a muito adequada, 11% adequada, 6% bastante adequada e 2% pouco adequada.

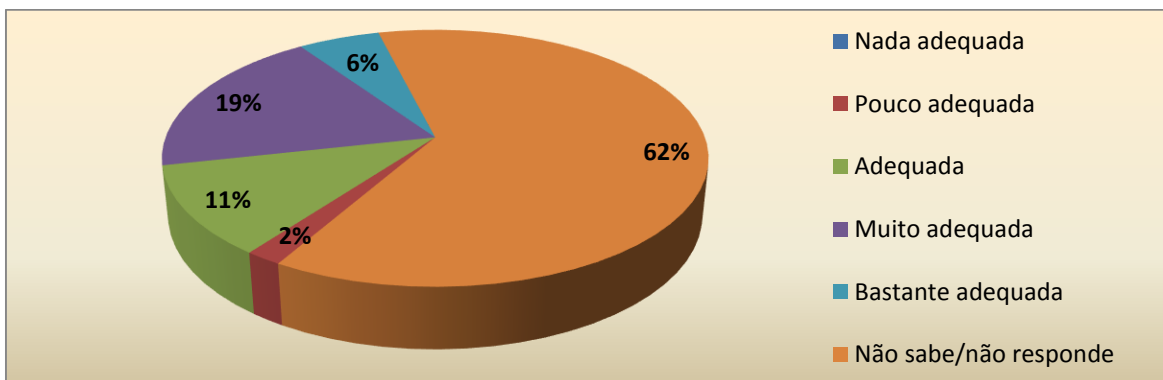



Gráfico XVI – Distribuição dos enfermeiros segundo a classificação da formação realizada

Verifica-se que 89% dos enfermeiros refere que não ter dificuldade na seleção de equipamento de proteção individual e 9% refere ter dificuldade.

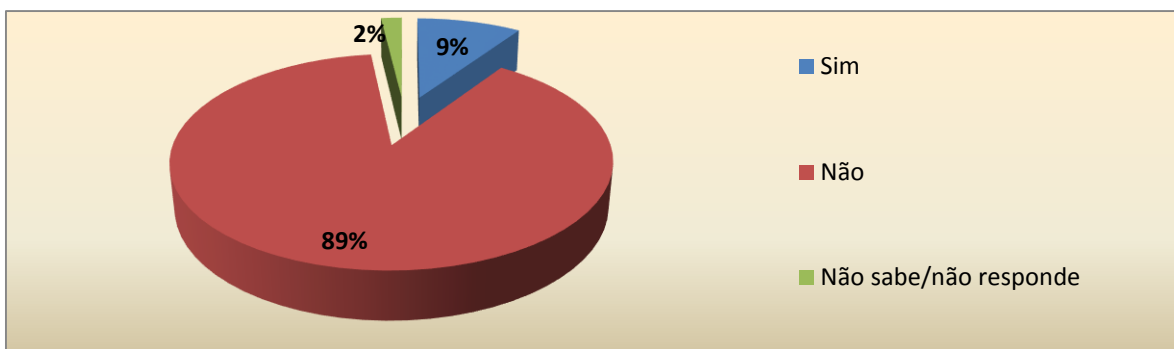



Gráfico XVII – Distribuição dos enfermeiros consoante a dificuldade na seleção de equipamento de proteção individual

Verifica-se que 74% dos enfermeiros refere de forma incorreta, a colocação do equipamento de proteção individual e 26% de forma correta.

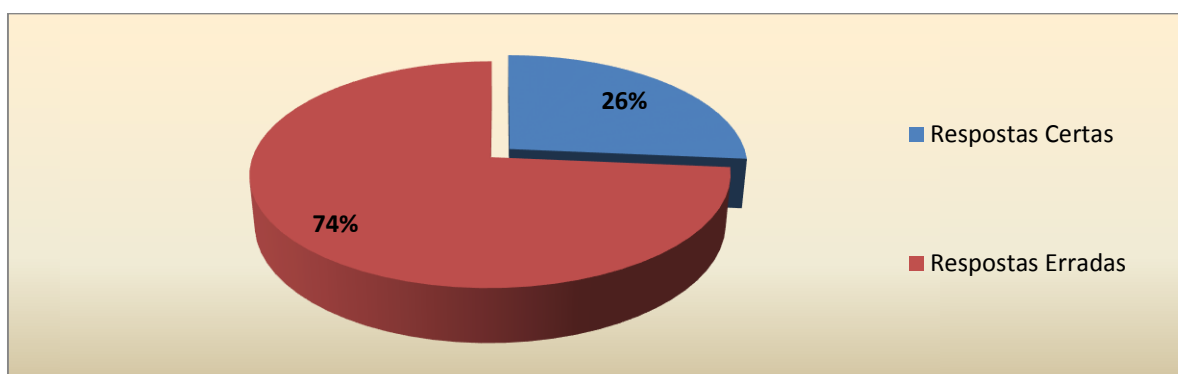



Gráfico XVIII – Distribuição dos enfermeiros segundo a colocação do equipamento de proteção individual

Verifica-se que 96% dos enfermeiros refere de forma incorreta, a remoção do equipamento de proteção individual e apenas 4% de forma correta.

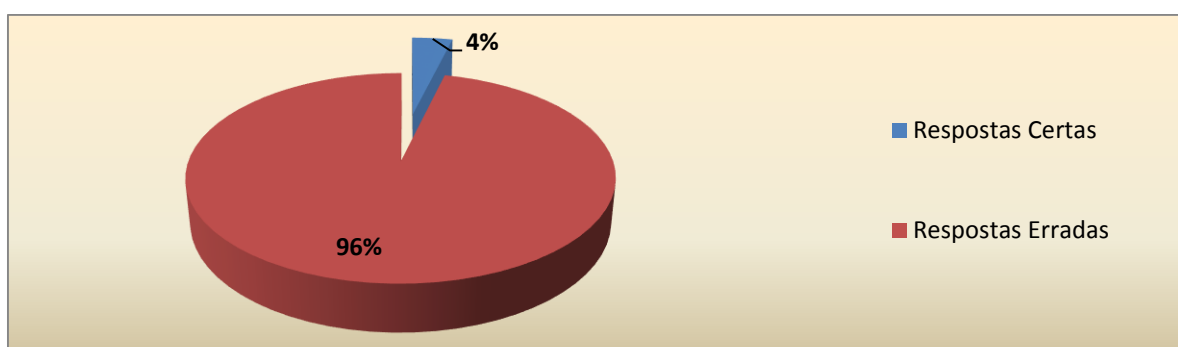



Gráfico XIX - Distribuição dos enfermeiros segundo a remoção do equipamento de proteção individual

Da análise dos dados obtidos verificou-se que a amostra dos enfermeiros era maioritariamente do sexo feminino (79%), com idades compreendidas entre 20 e os 59 anos, situando-se na sua maioria entre os 40 e 49 anos (34%). Cerca de 73% tinha a licenciatura em enfermagem, verificando-se dois grupos com uma representatividade próxima relativamente aos anos de experiência profissional, 5 a 9 anos (26%) e 20 ou mais anos (28%). Verificou-se um predomínio de enfermeiros com poucos anos de experiência profissional no serviço de urgência sendo o grupo 0 a 4 anos o mais representativo (30%), o que corresponde à admissão de vários enfermeiros recém- formados nos últimos anos e ao turnover nos últimos 2 anos.

Dos enfermeiros inquiridos, há cerca de 45% que desconhecia a existência do Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual, 52% atribui-lhe muita importância,41% bastante importância e 7% importância.

Quanto à adaptação, número suficiente e localização de equipamento de proteção individual, os enfermeiros consideraram maioritariamente que bastantes vezes o equipamento era adaptado às necessidades dos clientes/profissionais (47%) e só às vezes existia em número suficiente (56%) e em locais acessíveis (45%).

Constatou-se que 62% dos enfermeiros nunca fez formação na área da seleção/utilização de equipamento de proteção individual. A maioria referiu não ter dificuldade na seleção de equipamento (89%).

Relativamente à ordem de colocação e remoção de equipamento de proteção individual, constatou-se que 74% dos enfermeiros referiam uma ordem incorreta na colocação e 96% na remoção.

Conclui-se assim que as particularidades de utilização do equipamento de proteção individual (bata/avental, óculos, máscara e luvas), são as que suscitam mais dúvidas aos enfermeiros, podendo estar associadas ao facto da maioria não ter formação nesta área (62%) e cerca de 45 % não conhecer o Procedimento Geral de Seleção de Equipamento.

3 – CONCLUSÃO

Após análise dos dados obtidos concluímos que, os resultados do questionário vieram de encontro às observações efetuadas relativamente à utilização do equipamento (colocação e remoção do EPI). Embora a maioria dos enfermeiros referisse que não tem dificuldade na seleção de EPI, observou-se que havia equipamentos que não eram utilizados pelos enfermeiros em procedimentos em que existia indicação para os utilizar, nomeadamente batas, óculos ou máscara com viseira, notando-se também uma baixa adesão à utilização de máscara cirúrgica. Esta situação está de acordo com um estudo de Mafra et al (2008) em que os resultados demonstram que os enfermeiros percebem a importância do uso de EPI e têm conhecimento dos riscos biológicos a que estão expostos, mas essa perceção não é suficiente para a sua utilização na prática.

O uso incorreto de EPI aumenta o risco de disseminação de microrganismos pelo ambiente de cuidados de saúde, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade da transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde. A pedra basilar da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde são as recomendações das Precauções Básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do EPI (Pina et al., 2010).

O EPI tem vindo a ganhar importância, não só devido à necessidade de garantir a segurança do pessoal de saúde, mas também pela segurança dos doentes. A decisão de usar ou não EPI e quais os equipamentos a usar em cada momento da prestação de cuidados devem ser baseados na avaliação de risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do fardamento, pele ou mucosas do pessoal de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente (Pratt, 2001).

É de referenciar que desde o início tivemos noção das limitações que este trabalho implicava devido à inexperiência do investigador, mas pensamos ter obtido informação interessante e pertinente que permitiu fundamentar a problemática em estudo.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

FORTIN, M. – **O Processo de investigação - Da conceção à realização**. Loures Lusociência, 1999, ISBN 972-8383-10-X.

LAKATOS, E.[et al **] – Técnicas de pesquisa.** Atlas. São Paulo,1990.

PRATT, R.; [et al.] The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. **Journal of Hospital Infection**, 2001, 47 (Supplement).

ELETRÓNICAS

MAFRA, A. [et al.] – Perceção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. Vol. 1, nº 32 (Jan. /Mar. 2008), p. 31- 38. [Consult. 25 Nov. 2011]. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/31a38.pdf

PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. [Em linha]. **Revista portuguesa de saúde pública**. Lisboa. ISSN 1518-1944Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 nov. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf.

Apêndice 7

FMEA

FMEA

Como forma de avaliação mais objetiva de eventuais problemas e deteção de falhas na utilização de EPI, foi utilizada a Failure Mode e Effects Analysis (FMEA), facilitando o planeamento estratégico do projeto. A FMEA, foi aplicada às etapas a observar na grelha para cada EPI. Foram identificados 26 modos potenciais de falhas que foram classificados de acordo com o Risk Priority Number (RPN), assim como os efeitos, as causas e as ações a desenvolver. As falhas detetadas podem conduzir ao risco de infeção cruzada que por sua vez poderão levar ao aumento da incidência de IACS. O produto dos índices de gravidade, ocorrência e deteção corresponde ao número de prioridade de risco. A prioridade de intervenção com medidas corretivas deverá incidir inicialmente nas etapas com valor de RPN mais elevado e posteriormente nas de valor mais baixo. Para se conseguir implementar medidas corretivas, será necessário desenvolver estratégias junto da equipa de enfermagem para que se consigam boas práticas na utilização de EPI.

Fazendo uma avaliação das observações efetuadas e do valor do RPN, pode-se inferir que as etapas com valor de RPN mais elevado são: Utiliza óculos/máscara c/ viseira e coloca óculos / máscara c/ viseira imediatamente antes do procedimento (1000) que correspondem ao valor mais baixo de adesão. Em contraposição, o valor do RPN mais baixo é para a utilização de luvas não estéreis (250) e para a etapa de mudança de luvas entre clientes diferentes (160), correspondendo à adesão mais elevada.

Etapas	G	Modo Potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
1. Utiliza bata não estéril	10	Não utiliza bata	9	Aumento da incidência de contaminação da roupa e pele c/ sangue ou fluidos corporais Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	810	1.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de bata 1.2- Pouca divulgação do Procedimento Geral de Seleção de EPI e do Procedimento Geral de Precauções Básicas/Standard da CCIH do CHMST 1.3- Pouca adesão à utilização de EPI 1.4- Pouca sensibilização para a minimização de riscos e transmissão de infeção cruzada 1.5- Défice de conhecimentos na prevenção e controlo de infeção 1.6- Inexistência de batas em nº suficiente e em local acessível	1.1.1 - Realizar formação sobre uso de EPI 1.1.2 - Divulgar e incentivar a consulta do Procedimento Geral de Seleção de EPI e do Procedimento Geral de Precauções Básicas/ Standard da CCIH do CHMST 1.1.3 - Monitorizar as falhas de seleção e utilização de EPI, através de uma grelha de observação (auditorias) 1.1.4 - Manter stocks adequados de batas e em local acessível (sala de limpos) 1.1.5 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de batas nos vários setores de trabalho
2. Utiliza bata estéril em procedimentos invasivos c/ técnica assética	10	Não utiliza bata estéril Utiliza bata não estéril	10	Aumento da incidência de contaminação da roupa e pele c/ sangue ou fluidos orgânicos Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	800	2.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de bata estéril 2.2- Inexistência de batas estéreis em nº suficiente e em local acessível 2.3 - Ver 1.2,1.3,1.4,1.5	2.1.1 - Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3 2.2.1 - Manter stocks adequados de batas estéreis e em local acessível (sala de pequena cirurgia) 2.2.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de batas estéreis nos vários setores de trabalho

3. Coloca bata imediatamente antes do procedimento	10	Não utiliza bata antes dos procedimentos em que há indicação	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	3.1- Ver 1.2,1.4 e 1.5	3.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3
4. Remove bata imediatamente após o procedimento	10	Não remove bata imediatamente após o procedimento	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	4.1- Ver 1.4 e 1.5	4.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3
5. Muda bata entre clientes diferentes	10	Não muda bata entre clientes	7	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	630	5.1- Ver 1.2,1.4 e 1.5	5.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3
6. Utiliza avental	10	Não utiliza avental	6	Aumento da incidência de contaminação da roupa c/ sangue ou fluidos corporais Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	540	6.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de avental 6.2 - Inexistência de aventais em nº suficiente e local acessível 6.3 - Ver 1.2, 1.3, 1.4 e 1.5	6.1.1 - Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3 6.2.1 - Providenciar a manutenção de stocks adequados de aventais e em local acessível (zona limpa) 6.2.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de batas estéreis nos vários setores de trabalho
7. Coloca avental imediatamente antes do procedimento	10	Não utiliza avental imediatamente antes dos procedimentos em que há indicação	6	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	6	360	7.1- Ver 1.4 e 1.5	7.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3

8. Remove avental imediatamente após o procedimento	10	Não remove avental após o procedimento	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	8.1- Ver 1.4 e 1.5	8.1 1.- Ver 1.1.1, 1.1.2, e 1.1.3
9. Muda avental entre clientes diferentes	10	Não muda avental entre clientes diferentes	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	720	9.1- Ver 1.2,1.4 e 1.5	9.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
10. Utiliza máscara cirúrgica	10	Não utiliza máscara cirúrgica	8	Aumento da incidência de contaminação por microrganismos expelidos pelo aparelho respiratório Risco de infeção cruzada, potenciando as IACS	9	720	10.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de máscaras cirúrgicas 10.2 - Inexistência de máscaras cirúrgicas em nº suficiente e local acessível 10.3 - Ver 1.2, 1.3, 1.4, e 1.5	10.1.1 - Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3 10.2.1 - Providenciar a manutenção de stocks adequados de máscaras cirúrgicas e a colocação de caixas plásticas para acondicionamento de máscaras cirúrgicas em cada unidade na UIPA e duas caixas no SO, ficando a existente mais acessível. 10.2.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de máscaras cirúrgicas nos vários setores de trabalho
11. Coloca máscara cirúrgica imediatamente antes do procedimento	10	Não utiliza máscara cirúrgica imediatamente antes dos procedimentos em que há indicação	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	11.1- Ver 1.4 e 1.5	11.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3

12. Remove máscara cirúrgica imediatamente após o procedimento	10	Não remove máscara cirúrgica imediatamente após o procedimento	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	12.1- Ver 1.4 e 1.5	12.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
13. Muda máscara cirúrgica entre clientes diferentes	10	Não muda máscara cirúrgica entre clientes diferentes	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	13.1- Ver 1.2, 1.4, e 1.5	13.1.1- Ver 1.1.1, 1.12 e 1.1.3
14. Utiliza óculos/máscara c/ viseira	10	Não utiliza óculos/máscara c/ viseira	10	Aumento da incidência de contaminação da face e olhos por fluidos orgânicos, assim como de agentes químicos Risco de infeção cruzada, potenciando as IACS	10	1000	14.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de óculos/máscara c/ viseira 14.2 - Inexistência de óculos/máscara c/ viseira em n.º suficiente e em local acessível 14.3 - Ver 1.2, 1.3.1.4.1.5	14.1.1 - Ver 1.1.1,1.1.2 e 1.1.3. 14.2.1 - Providenciar a manutenção de stocks adequados de óculos/ máscaras c/ viseira e colocação de suportes plásticos para acondicionamento de máscaras c/ viseira, (3 na UIPA e 1 em SO). 14.2.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de máscaras c/ viseira e operacionalização dos óculos existentes nos vários setores de trabalho.
15. Coloca óculos/máscara c/ viseira imediatamente antes do procedimento	10	Não utiliza óculos/máscara c/ viseira imediatamente antes dos procedimentos em que há indicação	10	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	10	1000	15.3 – Ver 1.4.1.5	15.1.1 - Ver 1.1.1,1.1.2 e 1.1.3.

16. Remove óculos/máscara c/ viseira imediatamente após o procedimento	10	Não remove óculos/máscara c/ viseira imediatamente após o procedimento	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	16.1. - Ver 1.4 e 1.5	16.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
17. Muda óculos/máscara c/ viseira entre clientes diferentes	10	Não muda óculos/ máscara c/ viseira entre clientes diferentes	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	17.1. - Ver 1.2,1.4 e 1.5	17.1.1 - Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
18. Utiliza luvas não estéreis	10	Não utiliza luvas não estéreis	5	Aumento da incidência de contaminação das mãos no contacto com locais infetados Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	5	250	18.1- Desconhecimento das indicações para utilização de luvas 18.2 - Ver 1.2,1.3,1.4 e 1.5 18.3 - Inexistência de luvas não estéreis em nº suficiente e local acessível	18.1.1 - Manter stocks adequados de luvas não estéreis 18.1.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos da reposição e verificação dos níveis de stock de luvas não estéreis nos vários setores de trabalho 18.1.3- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3

19. Utiliza luvas estéreis em procedimentos c/ técnica Asséptica	10	Não utiliza luvas estéreis em procedimentos em que há indicação Utiliza luvas não estéreis	7	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	6	420	19.1 - Desconhecimento das indicações para utilização de luvas estéreis 19.2 - Pouca divulgação do Procedimento Geral de Precauções Básicas/ Standard da CCIH do CHMST 19.3 - Inexistência de níveis de stock de luvas estéreis adequados 19.4 - Ver 1.3,1.4 e 1.5	19.1.1- Ver 1.1.1 19.2.1 - Ver 1.1.2 19.3.1 - Manter stocks adequados de luvas estéreis 19.3.2 - Responsabilizar o Assistente Operacional de circuitos pela reposição e verificação dos níveis de stock de luvas estéreis nos vários setores de trabalho
20. Coloca luvas imediatamente após o procedimento	10	Não utiliza luvas imediatamente antes dos procedimentos em que há indicação	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	6	480	20.1 - Ver 1.2,1.3,1.4 e 1.5	20.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
21. Remove luvas imediatamente após o procedimento	10	Não remove luvas imediatamente após o procedimento	8	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	8	640	21.1 - Ver 1.4 e 1.5	21.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
22. Muda luvas entre clientes diferentes	10	Não muda luvas entre clientes diferentes	4	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	4	160	22.1 - Ver 1.2,1.4 e 1.5	22.1.1- Ver 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3
23. Ordem de colocação de EPI - bata/avental; máscara; óculos; luvas	9	Não coloca o EPI por ordem correta	9	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	729	23.1- Desconhecimento das indicações da ordem de colocação de EPI 23.2- Insuficiente formação acerca da utilização de EPI	23.1.1- Divulgar poster alusivo à colocação de EPI 23.1.2-Realizar formação prática acerca da colocação de EPI

24. Ordem de remoção de EPI - luvas; óculos; bata/avental; máscara	10	Não remove o EPI por ordem correta	9	Risco de infeção cruzada, potenciando a IACS	9	810	24.1- Desconhecimento das indicações da ordem de remoção de EPI 24.2- Insuficiente formação acerca da utilização de EPI	24.1.1- Divulgar poster alusivo à remoção de EPI 24.1.2- Realizar formação prática acerca da remoção de EPI

Apêndice 8

Mapa de Planeamento do PIS

Mestrado em Enfermagem

Planeamento do Projeto

<table>
<tr><td>Estudante:
Maria Teresa da Costa Martins Cordeiro</td><td>Orientador:
Enfermeira Especialista N.R.</td></tr>
<tr><td>Instituição:
Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo</td><td>Serviço:
Urgência Geral – hospital x</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título do Projeto:
Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):
<u>OBJETIVO GERAL</u>
- Divulgar boas práticas no âmbito da prevenção e controlo de infeção relativas ao uso de EPI.
- <u>OBJETIVOS Específicos</u>
-Atualizar Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST.
-Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI.
-Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)
Enfermeira Orientadora (Sr.ª Enfermeira N. R.).
Enfermeira Co orientadora (Sr.ª Enfermeira P. M.).
Enfermeira Coordenadora do SUG (Sr.ª Enfermeira F.S.).
Enfermeiras Responsáveis pela Formação em Serviço (Sr.ª Enfermeira D.P., Sr.ª Enfermeira N. P.).
Enfermeiras da Comissão de Controlo de Infeção do CHMST (Sr.ª Enfermeira R. R., Sr.ª Enfermeira T.S.).
Enfermeira da Comissão de Controle de Infeção do Hospital dos Lusíadas (Sr.ª Enfermeira E.F.).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Data:________/_______/_______
Assinatura:___________________________________</td></tr>
</table>

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
➩ Atualizar Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST.	• Pesquisa bibliográfica sobre equipamentos de proteção individual. • Realização de estágio de observação na CCIH de um Hospital da Região de Lisboa. • Participação em ações de formação / jornadas sobre controlo de infeção. • Realização de estágio de observação na CCIH do CHMST. • Elaboração de dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI. • Atualização do procedimento de seleção de EPI. • Elaboração de poster relativamente ao uso de EPI, para anexar ao procedimento. • Discussão do procedimento com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora Enfermeiras da CCIH. • Elaboração de eventuais alterações. • Submissão do procedimento à aprovação das Enfermeiras da CCIH. • Divulgação da proposta de atualização do procedimento de seleção de EPI, após aprovação do Serviço de Gestão da Qualidade e Conselho de Administração.	Enfª N.R Enfª E. F. Enfª R.R. Enfª T. S. Enfª P.M.	• Livros • Normas sobre EPI, Precauções básicas e específicas • Revistas científicas. • Computador	30h 24h 24h 24h	Relatório de estágio nas CCIH. Dossier temático. Procedimento Geral de Seleção de EPI com poster alusivo ao seu uso.

⇳ Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI.	• Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de auditoria e processos de validação. • Construção do instrumento de auditoria e anexar ao procedimento. • Construção de um manual de utilização do instrumento de auditoria. • Reuniões com as Enfermeiras da CCIH, Enfermeira Orientadora e Enfermeira coorientadora, no sentido de auscultar as suas opiniões relativamente ao instrumento de auditoria. • Realização de eventuais alterações sugeridas ao instrumento de auditoria. • Submissão do documento à aprovação pelas Enfermeiras da CCIH. • Validação do instrumento de auditoria por 2 enfermeiras da CCIH • Divulgação do instrumento de auditoria à adesão de utilização de EPI, após aprovação pelo Conselho de Administração • Realização de observações/auditorias à equipa de enfermagem, após teste do instrumento. • Realização de relatório de auditorias.	Enfª R. R. e Enfª T. S. Enfª N.R. Enfª R.R Enfª T.S. e Enfª P. M.	• Livros • Instrumentos de auditoria	50h	Instrumento de auditoria às práticas de seleção e uso de EPI e respetivo manual de utilização. Relatório de auditorias.

➪ Formar/treinar a equipa de enfermagem na seleção e uso de EPI.	• Pesquisa bibliográfica sobre EPI • Calendarização e marcação de ação de formação sobre uso e seleção de EPI padrão (bata/avental, luvas, máscara cirúrgica, óculos/ máscara com viseira) em articulação com enfermeiras responsáveis pela formação em serviço. • Divulgação da formação através de cartaz. • Elaboração de diapositivos de suporte à ação de formação. • Discussão de diapositivos com Enfermeira Orientadora e Coorientadora. • Elaboração de eventuais alterações. • Elaboração do plano da ação de formação. • Realização da ação de formação. • Avaliação da ação de formação.	Enfª F. S. Enfª N. R. Enfª P.M. Enfª D. P. e Enfª N. P. Equipa de enfermagem do SUG	• Computador • Sala de reuniões do SUG	20 h	Cartaz de divulgação da ação de formação. Plano da ação de formação. Diapositivos de suporte à ação de formação. Avaliação da ação de formação.

Cronograma:

Cronograma de Atividades

Objetivo	Atividades	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Atualizar Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCI do CHMST.	• Pesquisa bibliográfica sobre equipamentos de proteção individual.										
	• Realização de estágio de observação na CCIH d e um Hospital da Região de Lisboa		21,25 e 30								
	• Participação em ações de formação/jornadas sobre controlo de infeção.		4								
	• Realização de estágio de observação na CCIH do CHMST.							18,20 e 27			
	• Elaboração de dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI.										
	• Atualização do procedimento de seleção de EPI.										
	• Elaboração de poster relativamente ao uso de EPI, para anexar ao procedimento.										
	• Discussão do procedimento com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora Enfermeiras da CCIH.										
	• Elaboração de eventuais alterações.										
	• Submissão do procedimento à aprovação das Enfermeiras da CCIH.										
	• Divulgação da proposta de atualização do										

	procedimento de seleção de EPI, após aprovação do Serviço de Gestão da Qualidade e Conselho de Administração										
↳ Elaborar instrumento de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI	• Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de auditoria e processos de validação.										
	• Construção do instrumento de auditoria a anexar ao procedimento.										
	• Construção de um manual de utilização do instrumento de auditoria										
	• Reuniões com as Enfermeiras da CCIH, Enfermeira Orientadora e Enfermeira coorientadora, no sentido de auscultar as suas opiniões relativamente ao instrumento de auditoria.										
	• Realização de eventuais alterações sugeridas ao instrumento de auditoria.										
	• Submissão do documento à aprovação pelas Enfermeiras da CCIH.										
	• Validação do instrumento de auditoria por 2 enfermeiras da CCIH.										
	• Divulgação do instrumento de auditoria à adesão de utilização de EPI, após aprovação pelo Conselho de Administração										
	• Realização de observações/auditorias à equipa de enfermagem, após teste do instrumento.										
	• Realização de relatório de auditorias.										

↳ Formar/treinar a equipa de enfermagem na utilização de EPI.	• Pesquisa bibliográfica sobre EPI										
	• Calendarização e marcação de ação de formação sobre uso de EPI padrão (bata/avental, luvas, máscara cirúrgica, óculos/ máscara com viseira) em articulação com enfermeiras responsáveis pela formação em serviço.										
	• Divulgação da ação de formação através de cartaz.										
	• Elaboração de diapositivos de suporte à ação de formação.										
	• Discussão dos diapositivos com a Enfermeira Orientadora e Coorientadora.										
	• Elaboração de eventuais alterações.										
	• Elaboração do plano da ação de formação.										
	• Realização da ação de formação.									**27**	
	• Avaliação da ação de formação.										

Orçamento:

Recursos Humanos: Não se preveem gastos adicionais

Recursos Materiais. Prevê-se aproximadamente o gasto de 100€ em material informático (tinteiro para impressora e resmas de papel A4), para impressão do Procedimento geral de Seleção de EPI, instrumento de auditoria e manual de utilização do instrumento de auditoria e dossier temático.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar

Previsão dos constrangimentos	Forma de os ultrapassar
Dificuldade em realizar as atividades definidas em tempo útil.	Gestão rigorosa do tempo
Pouca motivação da equipa de enfermagem do SUG para participar em novos projetos e ações de formação	Partilha de informações e objetivos do projeto com os enfermeiros do SUG. Recolha de sugestões acerca das ações a implementar. Sensibilização dos enfermeiros para a adesão à utilização de EPI de forma a reduzir a taxa de infeção do SUG.

Data___/____/ _____ Assinatura:________________________________

Docente: ______________________________________

Apêndice 9

Relatório de Estágio Opcional de Observação na CCIH de um Hospital da Região de Lisboa

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio Opcional de Observação na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar de um Hospital da Região de Lisboa

Elaborado por:

Mª Teresa da Costa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E. M.

NOVEMBRO 2011

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Setúbal, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico- Cirúrgica I, foi realizado um estágio opcional de observação na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) de um Hospital da Região de Lisboa, sob a orientação da Enfermeira E.F., com a duração de 24h (21,25 e 30 de Novembro de 2011). Este estágio surge na perspetiva de contactarmos com outras experiências e outros modos de intervir em termos do controlo de infeção hospitalar, visto ser esta a área de intervenção que iremos abordar no projeto de intervenção no serviço (PIS). Considerámos pertinente, para além de conhecer os procedimentos efetuados pela CCIH do CHMST (onde efetuaremos posteriormente estágio) conhecer outras realidades, parecendo-nos que o Hospital da Região de Lisboa tem profissionais de referência a nível nacional no âmbito do controlo de infeção que poderão ser uma mais-valia para a recolha de informação para o desenvolvimento do projeto. Sendo assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer o funcionamento / dinâmica da CCIH do Hospital.
- Conhecer as funções da enfermeira na CCIH.
- Saber qual o tipo e frequência da formação efetuada na área de utilização de equipamento de proteção individual.

Este relatório pretende mostrar o observado. Assim, após breve caraterização do hospital, será feita a descrição das atividades desenvolvidas.

1 – CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital da Região de Lisboa foi inaugurado em 2008, dispõe de todas as valências médicas e cirúrgicas, tem capacidade para 134 camas, 54 quartos individuais, 40 quartos duplos no internamento normal e na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) 12 camas com 1 box individualizada. É uma infraestrutura moderna, com tecnologia avançada e com capacidade para cerca de 20 mil cirurgias, 50 mil diárias e 400 mil consultas por ano (Informação cedida pela Enfª da CCIH). Relativamente à UCI existe uma box totalmente isolada que permite ter um doente isolado, mas sem filtros de pressão negativa. Nos restantes serviços, pareceu-nos que os quartos tinham as condições necessárias para que se desencadeiem ações no âmbito do controlo de infeção, sendo na maioria quartos de 2 camas, mas havendo bastantes individuais. Tivemos a perceção, no entanto, que a localização de EPI nem sempre era acessível. As zonas de sujos, por vezes não apresentavam o material com acondicionamento correto, havendo intervenção imediata da enfermeira da CCIH perante os assistentes operacionais, notando-se aceitação por parte destes às advertências efetuadas.

O Hospital tem como visão:

- Merecer a preferência dos clientes sendo uma referência na qualidade dos serviços prestados.

Tem como missão:

- Proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde obtendo a confiança e o compromisso dos clientes, colaboradores e parceiros, criando valor para os acionistas.

Os seus valores são:

- Compromisso (para com os clientes, oferecendo um serviço humanizado);
- Cultura (fomentando o trabalho em equipa, a responsabilidade individual, a iniciativa e a inovação);
- Paixão e impulso para a melhoria contínua (colocando paixão, inovação e criatividade nas ações desenvolvidas);
- Valorização das pessoas e com as pessoas (apostar no desenvolvimento pessoal e profissional);

- Performance (alcançar de uma forma continuada os melhores indicadores de maneira a cumprir a missão, garantindo o presente e sustentando o futuro);
- Responsabilidade social e ambiental (respeitar o bem-estar e o futuro da comunidade, fomentando um espírito ativo de responsabilidade social e ambiental) (Hospital Região de Lisboa).

1.1 – CARATERIZAÇÃO DA CCIH

A Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração e é constituída por um enfermeiro a tempo inteiro e um médico em tempo parcial, tendo elos de ligação nos serviços com os quais se articula para transmissão de informações. Tem como vertentes principais a vigilância epidemiológica, a formação e a elaboração de procedimentos.

A vigilância epidemiológica, faz-se através de três fontes:

- Laboratório, através da deteção dos micro-organismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile). O laboratório contacta a CCIH e o chefe do serviço onde o cliente está internado. A CCIH envia a informação para o chefe de enfermagem (para início de isolamento do cliente), médico assistente, diretor clinico e diretor de enfermagem
- Folha de participação de infeção ou através de participação por mail (havendo uma baixa adesão por parte dos enfermeiros e médicos).
- Leitura/ pesquisa dos processos dos clientes internados, pela enfermeira da CCIH uma vez por semana (o que é difícil operacionalizar).Se um cliente inicia febre e antibioterapia, terá que ser feito um resumo do caso pela enfermeira da CCIH e contactar-se o médico assistente. Faz-se a classificação da infeção com dias de internamento, qual a proveniência do cliente, se tinha infeção à entrada, se tem dispositivos invasivos. Sabe-se assim os dias de internamento, a mortalidade e a necessidade de reinternamento que será descrito no relatório de vigilância epidemiológica que posteriormente será enviado ao Conselho de Administração.

As funções do enfermeiro da CCIH, são:

- Assegurar a recolha dos meios e apoios necessários para a implementação dos programas e ações a desenvolver;
- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde;
- Detetar casos de infeção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica, com os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional;
- Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas (ex. situação de surto, outras), aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção, orientar e supervisionar a sua divulgação;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações;
- Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades, com o objetivo de detetar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar as atividades propostas pela CCIH;
- Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e planear e desenvolver as ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais assim como participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda colaborar, na seleção dos formadores e conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e com os grupos profissionais envolvidos estando atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;
- Colaborar na elaboração de planos de ação e de relatórios de atividades;
- Identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação dos pares e de outros grupos profissionais para as boas práticas;

- Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCIH;
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação de bibliografia atualizada;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional. Em suma desencadeia as funções que estão preconizadas no Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde da DGS (2008).

2 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao contactar com realidades profissionais e contextos diferentes, há o confronto da nossa realidade com a observada no estágio, o que nos leva a refletir sobre as ações desencadeadas, identificando percursos que poderão melhorar a prática diária ou mesmo reconhecer o valor das ações que desencadeamos no contexto de trabalho.

Durante o período de estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica da CCIH, foi possível efetuar visitas aos serviços de internamento (embora tenhamos conhecido todos os serviços do hospital) com a enfermeira da CCIH e apercebermo-nos da formação informal que é efetuada aos profissionais.

Deslocámo-nos algumas vezes aos serviços durante o período da manhã quando se efetuavam cuidados de higiene, verificando-se se eram utilizados equipamentos de proteção individual (EPI) e de forma adequada. Caso se verificasse irregularidades, os enfermeiros e assistentes operacionais eram aconselhados de forma informal acerca da forma correta de utilização dos EPI. Verificámos, porém que nem sempre os EPI estavam em local de fácil acesso.

Foi também possível assistir a auditorias, por parte de enfermeira da CCIH, à higienização das mãos aos enfermeiros e assistentes operacionais, sendo possível partilhar algumas dúvidas relativamente ao preenchimento da grelha de observação e recolhendo alguns subsídios para adaptação à grelha de observação de EPI.

É de salientar o bom relacionamento da enfermeira da CCIH com os profissionais, o que levava a que participassem com agrado nessas observações e que depois se mostrassem recetivos às advertências, mostrando interesse na melhoria das suas práticas. Muitas vezes solicitavam logo de seguida os resultados da observação, no sentido de saberem onde tinham ocorrido falhas. Pareceu-nos assim que a formação informal em contexto de trabalho é positiva e poderá trazer muitos contributos para as boas práticas nos cuidados de saúde.

Uma das funções da enfermeira da CCIH é a formação, após identificação das necessidades, sendo assim habitualmente é feita uma ação de formação anual acerca da utilização de EPI, que incide essencialmente em que circunstâncias se utiliza os vários equipamentos e na forma de colocação e remoção do equipamento. Foi referenciado que é

difícil a adesão dos profissionais às formações, visto serem sempre efetuadas fora do horário laboral, optando-se assim muitas vezes pela formação informal, ao que os profissionais estão mais recetivos.

Neste estágio, notou-se grande disponibilidade da enfermeira E.F. para o ensino e partilha de saberes, havendo partilha de ideias acerca da construção da grelha de observação da utilização de EPI que estávamos a desenvolver e como efetuar a auditoria. Tivemos acesso a alguma bibliografia acerca de infeção hospitalar e EPI, no entanto no hospital não existia nenhum procedimento relacionado com a seleção de EPI (havendo apenas o procedimento de precauções básicas), ou grelhas de observação, não sendo assim possível recolhermos contributos para a revisão do Procedimento de Seleção de EPI do CHMST.

3 – CONCLUSÃO

Neste relatório, tentámos descrever o que vivenciámos no estágio de observação na CCIH do Hospital da Região de Lisboa. Globalmente, avaliamos esta experiência como positiva e enriquecedora, no sentido que nos abriu novos horizontes acerca do problema que tínhamos detetado para intervenção, sendo assim os aportes adquiridos irão constituir mais uma ferramenta importante no percurso definido para o projeto de intervenção no serviço. Pensamos, no entanto que o estágio que efetuaremos na CCIH do CHMST, irá consolidar alguns conhecimentos que adquirimos neste estágio e será fundamental para a revisão do Procedimento Geral de Seleção de EPI.

Esta experiência de aprendizagem permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se reporta a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Ao percurso formativo com aprendizagem, está associado a reflexão, onde se deve identificar o que se adquiriu e confrontá-lo com o que se possui, só assim se aprende verdadeiramente. Pensamos assim, que este estágio contribuiu para esta aprendizagem tão importante para alcançar boas práticas nos cuidados prestados no nosso contexto de trabalho/estágio.

Apêndice 10

Relatório de Estágio Opcional de Observação na CCIH do CHMST

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio Opcional de Observação na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo

Elaborado por:

Mª Teresa da Costa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E. M.

ABRIL

2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Setúbal, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, foi realizado um estágio opcional de observação na Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) de um Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, EPE (CHMST,EPE), sob a orientação das Enfermeiras R. R. e T.S., com a duração de 24h (18, 20 e 27 de Abril de 2012).

Pretendíamos com este estágio desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica ou Falência Orgânica, mais especificamente para a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, para além de recolhermos contributos para o projeto de intervenção no serviço (PIS), que se desenvolve na área de controlo e prevenção de infeção relacionada com o uso de equipamentos de proteção individual.

Nesta perspetiva, definimos os seguintes objetivos:

- Conhecer o funcionamento / dinâmica da CCIH do CHMST,EPE.
- Conhecer as funções das enfermeiras na CCIH.
- Saber qual o tipo e frequência da formação efetuada na área de utilização de equipamento de proteção individual.
- Recolher material e opiniões para a revisão do Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual.

Este relatório pretende mostrar o observado e as competências adquiridas ao longo do estágio. Assim, após breve caracterização da CCIH, será feita a descrição das atividades desenvolvidas e feita uma reflexão final.

1 – CARATERIZAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO HOSPITALAR

A Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar do CHMST,EPE foi constituída em 2004, é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração e é formada por; um Núcleo Executivo, composto por um médico a tempo parcial e duas enfermeiras a tempo inteiro; um Núcleo Consultivo, composto por Enfermeiros Chefes / Coordenadores e Diretores de Serviço; um Núcleo de Apoio Técnico, composto por um médico infeciologista, um médico microbiologista, um médico de cirurgia e um farmacêutico e um Núcleo de Membros Dinamizadores ou Elos de Ligação, constituído por dois membros de cada grupo profissional dos serviços (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica), com os quais a CCIH se articula para transmissão de informações e replicação de formação nos serviços, tem ainda uma assistente administrativa[1]. Poder-se-á dizer que tem a constituição definida para as CCIH.

A CCIH, tem como missão ser um serviço de referência na instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, dinamizando a política de qualidade nos cuidados na instituição e como meta motivar os profissionais para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Como valores são enumerados, a transparência nos processos de decisão baseados em critérios explícitos e disponíveis, o desempenho orientado pela competência técnico científica baseado na evidência científica e respeito pelos princípios éticos, integridade, participação e confidencialidade[2].

As funções do enfermeiro da CCIH, são:

- Assegurar a recolha dos meios e apoios necessários para a implementação dos programas e ações a desenvolver;
- Colaborar no planeamento e implementação dos programas de vigilância epidemiológica propostos pela Direcção-Geral da Saúde, nomeadamente o Helics cirurgia, que monitoriza as infeções associadas aos cuidados de saúde na área da cirurgia;

- Detetar casos de infeção em articulação com o Laboratório de Patologia Clínica, com os Serviços Farmacêuticos e com os interlocutores ou membros dinamizadores em cada área funcional;
- Identificar necessidades de intervenção na área da vigilância epidemiológica e apresentar propostas para a sua implementação;
- Propor reuniões e outras medidas complementares e/ou de carácter urgente, em situações específicas (ex. situação de surto, outras), aquando da ausência do coordenador ou seu representante;
- Participar na elaboração de normas e recomendações sobre rotinas e procedimentos técnicos relacionados com a área de controlo da infeção, orientar e supervisionar a sua divulgação;
- Planear e aplicar sistemas de monitorização do cumprimento das normas/recomendações nomeadamente na colaboração com a Direção Geral de Saúde na implementação da Campanha Nacional de Higiene das Mãos;
- Manter contacto permanente com os vários departamentos, serviços e unidades, com o objetivo de detetar problemas, colher dados importantes, orientar e supervisionar as atividades propostas pela CCIH;
- Identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar, planear e desenvolver as ações de formação em colaboração com o Centro de Educação e Formação que abranjam todos os grupos profissionais e participar nessas ações de formação ou cursos como formador. Deverá ainda colaborar, na seleção dos formadores, nos conteúdos temáticos que entender adequados de acordo com as áreas a abordar e os grupos profissionais envolvidos. Estar atento às necessidades de formação, nomeadamente, a formação dos profissionais em fase de integração e/ou recém-formados;
- Identificar, planear e implementar ações de sensibilização e motivação dos pares e de outros grupos profissionais para as boas práticas;
- Colaborar na investigação e controlo de surtos em articulação com os restantes membros da CCIH;
- Colaborar nos processos de recolha e divulgação de bibliografia atualizada;
- Colaborar no planeamento e implementação de eventos científicos e ou de investigação a nível nacional e internacional;

- Elaborar relatório semestral para o Conselho de Administração, com as atividades desencadeadas;
- Colaborar em parceria com o serviço de aprovisionamento na elaboração de cadernos de encargos das empresas prestadoras de serviços;
- Elaborar pareceres, com os outros elementos da CCIH, acerca de projetos de obras e na aquisição de bens de consumo ou serviços relacionados com a prevenção e controlo da infeção[3-4].

Na CCIH do CHMST,EPE há uma enfermeira que efetua todas estas funções e outra que se dedica à vigilância epidemiológica, acumulando funções na Equipa de Gestão de Altas.

A vigilância epidemiológica de resultados, faz-se através do laboratório, pela deteção dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile). O laboratório contacta a CCIH e o Diretor do serviço onde o cliente está internado. A CCIH envia a informação para o Chefe/Coordenador de Enfermagem (para início de isolamento do cliente), Médico assistente, Diretor clinico e Diretor de enfermagem. É preenchida folha de participação de infeção e consulta-se o processo do cliente. É elaborado um relatório semestral sobre microrganismos multirresistentes e infeção da corrente sanguínea e enviado para os Enfermeiros Chefes/Coordenadores e Diretores de serviço e um anual, após reunião com elos de ligação e responsáveis de serviço, para registo no relatório anual dos serviços.

A vigilância epidemiológica também é aplicada às estruturas (físicas, equipamentos e materiais), através de auditorias que avaliam a sua adequada utilização e manutenção e aos processos, monitorizando e auditando os procedimentos e as áreas de intervenção de maior risco de aquisição/transmissão cruzada de infeção[3].

2 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao contactarmos com realidades profissionais e contextos diferentes, há o confronto da nossa realidade com a observada no estágio, o que nos leva a refletir sobre as ações desencadeadas, identificando percursos que poderão melhorar a prática diária ou mesmo reconhecer o valor das ações que desencadeamos no contexto de trabalho.

Durante o período de estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica da CCIH, foi possível efetuar visitas aos serviços de internamento com a enfermeira da CCIH e apercebermo-nos da formação informal que é efetuada aos profissionais. Pareceu-nos que a formação informal em contexto de trabalho é positiva e poderá trazer muitos contributos para as boas práticas nos cuidados de saúde.

Uma das funções da enfermeira da CCIH é a formação, sendo assim, após identificação das necessidades e em colaboração com o Centro de Educação e Formação são definidas as ações de formação a efetuar. Relativamente à seleção e uso de equipamento de proteção individual (EPI), habitualmente é feita formação aquando da receção de profissionais na instituição, podendo ser replicada sempre que necessário, incidindo essencialmente nas circunstâncias em que se deve usar os vários equipamentos e na forma de colocação e remoção dos mesmos. Nos serviços essa função é delegada nos elos de ligação, devendo ser replicada anualmente, mas se a CCIH for solicitada pode efetuar a formação nos serviços.

Neste estágio, notou-se grande disponibilidade das enfermeiras para o ensino e partilha de saberes, havendo partilha de ideias acerca da construção do instrumento de auditoria para a seleção e uso de EPI que estávamos a desenvolver, no contexto do Projeto de Intervenção no Serviço e como efetuar a auditoria, assim como para a revisão do Procedimento Geral de Seleção de EPI. Houve também disponibilidade para validação da grelha. Foram também dadas sugestões e orientação no processo de revisão do procedimento. Tivemos acesso a bibliografia acerca de infeção hospitalar e EPI, sendo disponibilizada legislação, nomeadamente no que concerne aos respiradores e máscaras cirúrgicas, assim como à consulta de procedimentos.

Estivemos presentes numa reunião com o Coordenador e Enfermeiras da CCIH e Enfermeira Chefe, Enfermeira e Médica (elos de ligação) e Diretora do serviço de

medicina, relativamente aos isolamentos de clientes no serviço de medicina e infeções do trato urinário associadas à algaliação.

Nesta reunião foram definidas estratégias para diminuição de gastos e custos, relativamente à utilização de batas descartáveis na prestação de cuidados aos clientes em isolamento, definindo-se a utilização de batas reutilizáveis que irão posteriormente para tratamento na lavandaria, foi também abordada a problemática da limpeza e descontaminação das unidades de isolamento pelas empregadas da limpeza, havendo desconhecimento, por parte destas, da forma de limpeza e descontaminação, sendo definido contactar-se a empresa de limpeza.

Foi referido também que o serviço de imagiologia propôs a utilização de sinalética na cama do cliente, conhecida apenas pelos técnicos, no sentido de se identificarem os clientes em isolamento, visto não haver articulação dos serviços com a imagiologia acerca da presença de clientes em isolamento para efetuarem exames. Para além disto, foi referida a dificuldade de manter um metro de distância entre as camas dos clientes em isolamento, pela grande afluência de clientes e não ser possível fechar enfermarias com clientes em isolamento. Foi também dado relevo à necessidade de formação a médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e empregadas de limpeza, assim como a enfermeiros e assistentes operacionais, porque há falhas na execução dos isolamentos. No que concerne à algaliação de clientes, foi dado destaque à algaliação desnecessária e à necessidade de desalgaliação precoce, que é um dos objetivos do serviço de medicina no controlo da infeção do trato urinário, visto haver um aumento de microrganismos multirresistentes nas colheitas de urina, segundo o relatório de vigilância epidemiológica, muitos destes microrganismos foram adquiridos na comunidade.

Estivemos presentes na escolha de material de penso, mais propriamente na escolha de adesivo para penso cirúrgico, em que a Enfermeira da CCIH fazia parte da Comissão de Escolha de Material assim como a Enfermeira Chefe do serviço de medicina e a Enfermeira Coordenadora do serviço de cirurgia.

Colaborámos ainda na exposição sobre as comemorações do 3º aniversário da adesão do CHMST,EPE à Campanha Nacional de Higiene das Mãos, onde foram apresentados pela CCIH resultados de adesão dos anos de 2009 (em que só tinham aderido 2 serviços), 2010 (em que já tinham aderido 11 serviços) e 2011 (em que já aderiram 17 serviços). Constatando-se assim a sensibilização dos profissionais para a importância da higienização das mãos na prevenção e controlo da infeção. É de salientar que estes

resultados são possíveis pelo trabalho desenvolvido pela CCIH, sensibilizando os profissionais com formação acerca de higienização das mãos, que conduzirão a cuidados seguros.

Foi-nos ainda possibilitada a presença em ação de formação efetuada pelo Coordenador da CCIH, destinada a médicos do internato geral relacionada com a infeção associada aos cuidados de saúde. Nesta ação foi abordada a infeção da corrente sanguínea, a pneumonia associada à ventilação, a infeção urinária nosocomial e a infeção do local cirúrgico. Foi abordado também o processo de vigilância epidemiológica, as taxas de prevalência de infeção nosocomial e as funções da CCIH no controlo e prevenção da infeção, assim como a cadeia de infeção, abordando-se de seguida as medidas de precaução básicas e as dependentes do agente infecioso com os vários tipos de isolamento e o EPI a usar. Esta formação deu-nos alguns contributos na consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso e experiência profissional, reforçando a ideia da importância da correta utilização do EPI na prevenção e controlo de infeção.

3 – CONCLUSÃO

Neste relatório, tentou-se descrever o que vivenciámos no estágio de observação na CCIH do CHMST,EPE. Avaliamos esta experiência como muito positiva e enriquecedora, no sentido que nos abriu novos horizontes acerca do problema que tínhamos detetado para intervenção no serviço, sendo assim os aportes adquiridos irão constituir uma ferramenta importante no percurso definido para o projeto de intervenção no serviço.

Esta experiência de aprendizagem permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K3) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, que se reporta a situações de intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação e/ ou falência orgânica.

Pensamos assim, que este estágio com a partilha de saberes e experiências, contribuiu para o processo de aprendizagem e aquisição de competências, tão importante para alcançar boas práticas nos cuidados prestados no nosso contexto de trabalho/estágio e que se prendem com a prevenção e o controlo de infeção.

REFERÊNCIAS

ELETRÓNICAS

1. PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Política de Controlo de Infeção Hospitalar,** chbm,2008. [Consult. 30 Abril 2012]. Disponível em http.//intranet/portalinterno/index.php?option=com_content&view=article&id=336&I…

2. CHBM. Portal Interno – **Visão, valores e missão da Comissão de Infeção Hospitalar,** 2008**.** [Consult. 30 Abril 2012]. Disponível em http.//intranet/portalinterno/index.php?option=com_content&view=article&id=336&I…

BIBLIOGRÁFICAS

3. PORTUGAL. Direção Geral de Saúde **- Circular Normativa 18 DSQC/DSC de 15/10/2007** – Comissões de Controlo de Infeção.

4. PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.** Dezembro, 2008.

Apêndice 11

Dossier Temático sobre Controlo de Infeção e Uso de EPI

DOSSIER TEMÁTICO

Controlo de Infeção
e
Uso de Equipamento de Proteção Individual

Elaborado por:

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N.R.

Professora: E.M.

JUNHO 2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

Os enfermeiros são os profissionais que mais permanecem em contacto físico com os clientes e consequentemente estão mais sujeitos ao risco de infeção, assim como podem ser o elo mais evidente na transmissão de infeção. Para evitar os riscos de contaminação, os enfermeiros devem conhecer e adotar no seu ambiente de trabalho as medidas de precauções básicas. Estas medidas previnem a expansão de infeção, geralmente vinculada a sangue, fluidos corporais (exceto o suor), secreções, pele e mucosas com lesões (Martins, 2001).

A prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde baseiam-se nas recomendações das precauções básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Segundo a Diretiva 89/686/CEE equipamento de proteção individual é – " (…) *dispositivo ou meio que se destina a ser envergado ou manejado por uma pessoa com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança"*, mas Pina et al. (2010) referem que o uso de EPI tem vindo a ganhar importância não só pela necessidade de garantir a segurança do pessoal de saúde mas também dos clientes. Sendo assim, a utilização adequada e frequente de EPI pelos enfermeiros desempenha um papel importante na redução do risco de infeção, bem como na sua proteção.

Este dossier temático pretende sensibilizar os enfermeiros para a problemática da infeção associada aos cuidados de saúde e para a importância da adoção de boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

O dossier é composto por documentos que foram digitalizados tais como, recomendações e informações da Direção Geral de Saúde, legislação relativa aos EPI, normas sobre EPI, artigos acerca da importância dos EPI assim como pelo Procedimento Geral de Seleção de EPI do CHMST, EPE. Destina-se à consulta pelos enfermeiros do SUG do CHMST-hospital x, de forma a colmatar dúvidas existentes na seleção e uso de EPI.

1 – RECOMENDAÇÕES / INFORMAÇÕES

1.1 – PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO

Informação Bibliográfica

Título: – Recomendações para as precauções de isolamento - precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão

Autor: Ministério da Saúde – Plano Nacional de Controlo de Infeção

Edição:

Editor:

Cidade: Lisboa

Data: [2007?]

Pág.: 1- 47

Resumo: Este documento fala-nos sobre os princípios básicos de isolamento e divulga as diretrizes para as precauções básicas (onde se insere o uso de EPI adaptado aos procedimentos) assim como para as precauções consoante as vias de transmissão do agente infecioso, via aérea, gotícula e contato.

1.2 – INFORMAÇÃO SOBRE O USO DE LUVAS

Informação Bibliográfica

Título: O primeiro desafio global para a segurança do doente - clean care is safer care - o uso de luvas

Autor: Direção Geral de Saúde

Edição:

Editor: [s.n]

Cidade: Lisboa

Data: [2005?]

Pág.: 1-2

Resumo: Este folheto informativo evidencia as recomendações para o uso de luvas com a respetiva pirâmide e alerta para o uso adequado e inadequado de luvas.

1.3 – CONTROLO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Informação Bibliográfica

Título: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

Autor: Direção Geral de Saúde

Edição:

Editor:

Cidade: Lisboa

Data: Março,2007

Pág.: 1- 20

Resumo: O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, salienta os níveis de responsabilidade dos diferentes Órgãos na sua implementação, assim como a importância do papel dos gestores das unidades de saúde na criação de meios e recursos humanos, físicos, logísticos e financeiros para que as Comissões de Controlo de Infeção desenvolvam a sua ação. Tendo como objetivo diminuir a nível nacional a IACS.

1.4 – PREVALÊNCIA DE INFEÇÃO - 2010

Informação Bibliográfica

Título: Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção - 2010

Autor: Direção Geral de Saúde

Editor: Departamento da Qualidade na Saúde

Cidade: Lisboa

Data: 2011

Pág: 1- 16

Resumo: O Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção – 2010 relata a prevalência de IACS adquiridas no hospital, assim como a prevalência de infeções adquiridas na comunidade nos doentes internados em 97 hospitais portugueses.

2 - LEGISLAÇÃO SOBRE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

2.1 – DIRETIVA 89/686/CEE

Informação Bibliográfica

Título: Diretiva 89/686/CEE

Autor: Conselho das Comunidades Europeias

Edição: nº L 399/18

Editor: Jornal Oficial Das Comunidades Europeias

Cidade: Bruxelas

Data: 30/12/89

Pág.: 1- 21

Resumo: Esta diretiva enuncia as condições da colocação de EPI no mercado e da livre circulação intracomunitária, assim como as exigências de segurança a satisfazer pelos EPI, com vista a preservar a saúde e a garantir a segurança dos utilizadores.

3 - NORMAS SOBRE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

3.1 – STANDARD INFECTION CONTROL PRECAUTIONS LITERATURE REVIEW: PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) APRONS/GOWNS

Informação Bibliográfica

Título: Standard infection control precautions literature review: personal protective equipment (ppe) aprons/gowns

Autor: Infection Control Team. Health Protection Scotland

Edição:

Editora: NHS – National Services Scotland.

Cidade:

Data: January, 2012

Pág.:1- 17

Resumo: Esta norma sobre precauções básicas no controlo de infeção relativamente aos EPI – apresenta as recomendações para o uso de aventais e batas.

3.2 – STANDARD INFECTION CONTROL PRECAUTIONS LITERATURE REVIEW: PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) GLOVES

Informação Bibliográfica

Título: Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves

Autor: Infection Control Team. Health Protection Scotland

Edição:

Editora: NHS – National Services Scotland

Cidade:

Data: January, 2012

Pág.: 1-29

Resumo: Esta norma sobre precauções básicas no controlo de infeção relativamente aos EPI apresenta as recomendações para o uso luvas.

3.3 – STANDARD INFECTION CONTROL PRECAUTIONS LITERATURE REVIEW: PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) SURGICAL FACE

Informação Bibliográfica

Título: Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Surgical Face

Autor: Infection Control Team. Health Protection Scotland

Edição:

Editora: NHS – National Services Scotland

Cidade:

Data: January, 2012

Pág.: 1-29

Resumo: Esta norma sobre precauções básicas no controlo de infeção relativamente aos EPI, apresenta as recomendações para o uso de máscaras cirúrgicas.

3.4 – STANDARD INFECTION CONTROL PRECAUTIONS LITERATURE REVIEW: PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) EYE/FACE

Informação Bibliográfica

Título: Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Eye/Face

Autor: Infection Control Team. Health Protection Scotland

Edição:

Editora: NHS **–** National Services Scotland

Cidade:

Data: January, 2012

Pág.: 1- 17

Resumo: Esta norma sobre precauções básicas no controlo de infeção relativamente aos EPI – apresenta as recomendações para o uso de proteção ocular e facial.

4 – ARTIGOS SOBRE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

4.1 – A INFEÇÃO HOSPITALAR E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDAR DA ENFERMAGEM

Informação Bibliográfica

Título: A Infeção Hospitalar e Suas **I**mplicações para o Cuidar da Enfermagem

Autor: Pereira, M.S. [et al.]

Edição: vol.14, nº2

Revista: Texto & Contexto

Cidade: Florianopolis

Data: 2005

ISSN: 0104-0707.

Pág.: 250-257

Resumo: Este artigo evidencia a responsabilidade dos profissionais de saúde no controlo da infeção. Demonstra o papel do enfermeiro no desenvolvimento de ações de prevenção e controlo de infeção e a educação continuada como meta de implementação de medidas eficazes para a qualidade dos cuidados prestados.

4.2 – INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

Informação Bibliográfica

Título: **I**nfeções Associadas aos Cuidados de Saúde e Segurança do Doente

Autor: Pina, E. [et al.]

Revista: Revista portuguesa de saúde pública

Edição: Vol.10

Editora: Elsevier España. S.L.

Cidade:

Data: 2010

ISSN: 0870-9025

Pág.: 27-39

Resumo: Este artigo refere a IACS como um problema de saúde que tem como principais medidas de prevenção e controlo, o cumprimento de boas práticas que assentam nas precauções básicas e isolamento. Aborda a mudança de paradigma de se acreditar que a prevenção é possível, em vez de se aceitar a IACS como consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico.

4.3 – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA RISCOS BIOLÓGICOS EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.

Informação Bibliográfica

Título: Perceção dos Enfermeiros sobre a Importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Autor: Mafra, A. L. [et al.]

Revista: O Mundo da Saúde

Edição: Vol.1,nº 32

Editora:

Cidade: São Paulo

Data: Jan/ Mar.,2008

ISSN:1980-3990

Pág.: 31-38

Resumo: Este artigo incide num estudo sobre a perceção da importância para os enfermeiros, do uso de EPI no atendimento de suporte avançado num serviço móvel de urgência. O estudo revelou que os enfermeiros têm consciência da importância do uso de EPI, mas não os utilizam com a devida frequência na prática dos cuidados.

4.4 – USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Informação Bibliográfica

Título: Uso dos Equipamentos de Proteção Individual em Unidade de Terapia Intensiva

Autor: Souza, E. L. [et al.]

Revista: Revista de Enfermagem Referência

Edição: III Série, nº4

Editora:

Cidade: Coimbra

Data: Jul.,2011

ISSN:0874-0283

Pág.: 125-133

Resumo: Este artigo aborda um estudo que analisou a utilização de EPI pelos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva num hospital de Fortaleza. Os resultados revelaram que os enfermeiros reconhecem a importância do uso de EPI mas não os utilizam com a regularidade necessária no seu quotidiano.

4.5 – USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO MUNCÍPIO DE CORONEL FABRICIANO

Informação Bibliográfica

Título: **U**so de Equipamentos de **P**roteção Individual pela Equipe de Enfermagem de um Hospital do Município de Coronel Fabriciano

Autor: Vasconcelos, B.M. Reis, A. L.; Vieira, M.S

Revista: Revista Enfermagem Integrada

Edição: Vol.1, nº1

Editora: Unileste-MG

Cidade: Ipatinga

Data: Nov./Dez.,2008

ISSN: 1984-7602

Pág.: 99-111

Resumo: Este artigo refere um estudo que teve como objetivos verificar os tipos de riscos a que estão sujeitos os profissionais no hospital, verificar a disponibilidade dos EPI nos setores e analisar a adesão ao uso de EPI pela equipa de enfermagem. Verificou-se que a maioria dos participantes estão conscientes dos riscos que correm no desempenho profissional, mas nem sempre utilizam os EPI necessários, essencialmente por falta de disponibilidade dos mesmos, falta de hábito, descuido e incómodo.

4.6 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – PROTEÇÃO FACIAL E RESPIRATÓRIA

Informação Bibliográfica

Título: Equipamento de Proteção Individual- Proteção Facial e Respiratória

Autor: Pina, E.

Revista: Nursing

Edição: nº227

Editora: Serra Pinto – Edições e Publicações, Unipessoal, Lda.

Cidade: Lisboa

Data: Nov.,2007

ISSN: 0871-6196

Pág.: 14-22

Resumo: Este artigo aborda a importância do EPI para a segurança de clientes e profissionais, nomeadamente a proteção facial, máscaras cirúrgicas, de procedimentos, máscaras com viseira e respiradores.

4.7 – O USO DE LUVAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Informação Bibliográfica

Título: O uso de Luvas na Prestação de Cuidados de Saúde

Autor: Pina, E.

Revista: Nursing

Edição: nº 214

Editora: Serra Pinto – Edições e Publicações, Unipessoal, Lda.

Cidade: Lisboa

Data: Out.,2006

ISSN: 0871-6196

Pág.: 28-33

Resumo: Neste artigo são enumeradas as funções e objetivos das luvas, as recomendações para a seleção e uso de luvas, sendo também salientado o uso inapropriado de luvas, como um risco acrescido de transmissão cruzada de infeção.

5 – PROCEDIMENTO GERAL DE SELEÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Informação Bibliográfica

Título: Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual

Autor: CHMST. Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

Edição:

Editora:

Cidade:

Data: 7/4/2006

Pág.: 1-11

Resumo: Este procedimento tem como objetivo uniformizar critérios de seleção e uso adequado de EPI, nomeadamente luvas, máscaras, respiradores, batas, aventais, óculos/ máscara com viseira, toucas e protetores de calçado/ calçado.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

CHMST. Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar, - **Manual de Controlo de Infeção-Seleção de Equipamento de Proteção Individual (EPI)**,2006.

PINA, E. – Equipamento de proteção individual - proteção facial e respiratória**. Revista Nursing**. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 17, nº 227 (Novembro 2007),p.14-22.

PINA, E. – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196 Ano16,nº 214, (Outubro2006), p28-33.

ELETRÓNICAS

CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Diretiva 89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, **Jornal Oficial das Comunidades Europeias,** [Em linha] nº L 399/18, 30/12/89. [Consult.15 Abril. 2012]. Disponível em http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:399:0018:0038:PT:PDF

MAFRA, A. L.[et al.] – Perceção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. Vol 1, nº 32 (Jan. /Mar. 2008), p. 31- 38. [Consult. 25 Nov. 2011]. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/31a38.pdf

PEREIRA, M.S. [et al.] – A Infeção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem**.** [Em linha]. Florianopolis. **Texto & Contexto.** ISSN 0104-0707. Ano/vol. 14, nº 2 (2005), p.250-257. [Consult. 7 Dez.2011]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf.

PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. [Em linha]. **Revista portuguesa de saúde pública**.Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 Nov. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Recomendações para as precauções de isolamento - precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão** Fev. 2007. [Consult.30 Maio.2012]. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Recomendações para as precauções de isolamento - precauções básicas e precauções dependentes das vias de transmissão** Fev. 2007. [Consult.30 Maio.2012]. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gowns-v1.0.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Eye/Face Protection,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-eyewearv1.0.pdf.

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em

http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gloves-v1.0.pdf

SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Surgical Face Masks,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-surgical-masks%20v1.0.pdf.

SOUZA, E. L.[et al.] – Uso dos equipamentos de protecção individual em unidade de terapia intensiva. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n º 4 (Jul. 2011), p. 125-133. [Consult. 18 Nov. 2011]. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2242.

VASCONCELOS, B.M. REIS, A. L.; VIEIRA, M.S. – Uso de equipamentos de protecção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do Muncípio de Coronel Fabriciano**.** [Em linha]. **Revista de Enfermagem Integrada.** Ipatinga:Unileste-MG. Vol. 1, nº 1 (Nov/Dez.2008), p. 99-111. [Consult. 2 Jan.2012]. Disponível em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf.

Apêndice 12

Avaliação das Guidelines do CDC e HPS pelo Instrumento Agree II

AVALIAÇÃO AGREE II

DOMINIO	ITENS	CDC Isolation Precautions AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	HPS Aprons/Gowns AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	Gloves AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	Surgical Face Masks AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	Eye/Face Protection AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	Headwear AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	Footwear AVALIADOR 1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA
1	1	7	7	7			7	6	6			7	6	7			7	6	7			7	6	6			5	4	5			5	4	5		
	2	7	7	7			6	6	5			6	6	6			6	6	6			6	6	6			5	5	5			5	5	5		
	3	7	7	7			5	4	5			5	4	5			5	4	5			5	4	5			5	4	5			5	4	5		
	SUBTOTAL	21	21	21	63	100%	18	16	16	50	76%	18	16	18	52	80%	18	16	18	52	80%	18	16	17	51	78%	15	13	15	43	54%	15	13	15	43	54%
2	4	7	7	7			3	3	3			3	3	3			3	3	3			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
	5	7	7	7			4	3	3			4	3	3			4	3	3			4	3	4			4	3	3			4	3	4		
	6	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
	SUBTOTAL	21	21	21	63	100%	14	13	13	40	50%	14	13	13	40	50%	14	13	13	40	50%	14	13	14	41	51%	14	13	13	40	50%	14	13	14	41	51%
3	7	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			2	2	2			2	2	2		
	8	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			1	2	1			1	2	2		
	9	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			2	2	2			2	2	2		
	10	5	6	6			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			5	6	4			5	6	5		
	11	7	7	7			6	5	6			6	5	6			6	5	6			6	5	6			4	5	4			4	5	5		
	12	7	7	7			7	7	7			7	7	6			7	7	7			7	7	7			2	1	2			2	1	2		
	13	7	7	7			5	6	6			5	6	6			5	6	6			5	6	6			5	5	4			5	5	5		
	14	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
	SUBTOTAL	54	55	55	164	97%	53	53	54	160	94%	53	53	53	159	94%	53	53	54	160	94%	53	53	54	160	94%	28	30	26	84	42%	28	30	30	88	44%
4	15	7	7	7			6	6	6			7	7	7			7	6	7			6	7	6			4	3	4			4	3	4		
	16	7	7	7			5	6	5			6	6	7			6	5	6			6	6	6			4	4	4			4	4	4		
	17	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			6	7	6			6	7	6		
	SUBTOTAL	21	21	21	63	100%	18	19	18	55	85%	20	20	21	61	96%	20	18	20	58	91%	19	20	19	58	91%	14	14	14	42	61%	14	14	14	42	61%
5	18	6	7	6			5	4	5			5	4	5			5	4	5			5	4	5			5	5	5			5	5	5		
	19	7	6	6			6	5	5			6	5	5			6	5	5			6	5	5			3	2	3			3	2	3		
	20	5	6	6			2	1	2			2	1	2			2	1	2			2	1	1			2	1	2			2	1	2		
	21	7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			7	7	7			3	2	3			3	2	3		
	SUBTOTAL	25	26	25	76	89%	20	17	19	56	61%	20	17	19	56	61%	20	17	19	56	61%	20	17	18	55	60%	13	10	13	36	33%	13	10	13	36	33%
6	22	7	7	7			5	6	6			5	6	6			5	6	6			5	6	6			5	6	5			5	6	6		
	23	6	6	6			4	5	5			4	5	6			4	5	5			4	5	5			4	5	4			4	5	5		
	SUBTOTAL	13	13	13	39	92%	9	11	11	33	75%	9	11	12	32	72%	9	11	11	31	69%	9	11	11	31	69%	9	11	9	29	64%	9	11	11	31	69%

AVALIAÇÃO GLOBAL

ITENS	CDC Isolation Precautions AVALIADOR 1	2	3	HPS Aprons/Gowns AVALIADOR 1	2	3	Gloves AVALIADOR 1	2	3	Surgical Face Masks AVALIADOR 1	2	3	Eye/Face Protection AVALIADOR 1	2	3	Headwear AVALIADOR 1	2	3	Footwear AVALIADOR 1	2	3
1	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	4	3	4	4	3	3
2	a)	a)	a)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)	b)

a) SIM

b) SIM COM MODIFICAÇÕES

	CDC	HPS	HPS	HPS	HPS	HPS	HPS
DOMINIO1	100%	76%	80%	80%	78%	54%	54%
DOMINIO2	100%	50%	50%	50%	51%	50%	51%
DOMINIO3	97%	94%	94%	94%	94%	42%	44%
DOMINIO4	100%	85%	96%	91%	91%	61%	61%
DOMINIO5	89%	61%	61%	61%	60%	33%	33%
DOMINIO6	92%	75%	72%	69%	69%	64%	69%
	96%	74%	76%	74%	74%	51%	52%

Apêndice 13

Procedimento Geral de Seleção e Uso de EPI

PROCEDIMENTO GERAL

Seleção e Uso de Equipamentos de Proteção Individual

Elaborado por:

Maria Teresa Martins Cordeiro

(Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enfª N.R.

Profª: E. M.

Junho de 2012

	PROCEDIMENTO GERAL	
	Seleção e Uso de Equipamento de Proteção Individual	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO			APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Nº E DATA DE REVISÃO			

1. OBJETIVO

Uniformizar critérios de seleção e uso de EPI.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Profissionais que prestam cuidados diretos e indiretos nas unidades de saúde, clientes e visitas do CHMST,EPE.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

Distribuição Geral.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Todos os profissionais do CHMST, EPE.

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfª Mª Teresa Cordeiro.

Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

5. DEFINIÇÕES

EPI – "*qualquer dispositivo ou meio que se destine a ser envergado ou manejado por uma pessoa com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança"* (Diretiva 89/686/CEE).

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
Enfª Mª Teresa Cordeiro	Serviço de Gestão da Qualidade Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar	

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

CHMST,EPE – Centro Hospitalar margem Sul do Tejo, Entidade Pública Empresarial.

EN – European Norm.

EPI – Equipamento de Proteção Individual.

7. REFERÊNCIAS

1. PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista portuguesa de saúde pública**. [Em linha]. Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 Nov. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf.

2. PRATT, R.J; [et al.] The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. **Journal of Hospital Infection**, 2001, 47 (Supplement).

3. PINA, E. – Equipamento de proteção individual**. Revista Nursing**. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 17, nº 227 (Novembro 2007).

4. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gloves-v1.0.pdf

5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting,** [Em linha]. 2007. [Consult. 5 Nov. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html.

6. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective**

Equipment (PPE) Surgical Face Masks, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-surgical-masks%20v1.0.pdf

7. COMITÉ EUROPEU PARA A NORMALIZAÇÃO - **Norma Europeia EN 149, Aparelhos de proteção respiratória – Semimáscaras filtrantes contra as partículas – Características, ensaios, marcação.** Bruxelas, 2001.

8. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Eye/Face Protection,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-eyewearv1.0.pdf.

9. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gowns-v1.0.pdf.

10. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Headwear,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 30 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-headwear-v1.0.pdf

11. SCOTLAND. NHS – National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Footwear,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 30 Maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-footwear-v1.0.pdf.

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
Joint Commission International		

8. DESCRIÇÃO

A pedra basilar da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde são as recomendações das precauções básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do EPI. A segurança e gestão de risco nos cuidados de saúde são aspetos fundamentais na qualidade, prevenindo ou reduzindo a ocorrência do erro, garantindo-se assim a segurança do cliente, dos profissionais e da Organização[1.] A decisão de usar ou não EPI e quais os equipamentos a usar em cada momento, devem ser baseados na avaliação de risco de transmissão de microrganismos, no risco de contaminação da pele ou mucosas do profissional quando é previsível o contato com sangue ou outros fluidos orgânicos[2]. Os EPI reduzem mas não eliminam o risco de transmissão de infeção, só são efetivos se usados corretamente e em cada contato, não substituindo as medidas básicas de higiene nomeadamente a lavagem/ desinfeção das mãos[3.]

Na categoria de EPI estão incluídos luvas, máscaras, batas, aventais, óculos, máscaras com viseira e respiradores, toucas e botas.

LUVAS

As luvas são eficazes na prevenção da contaminação das mãos dos profissionais, embora não confiram proteção total, podendo até constituir um risco acrescido para clientes e profissionais[4]. O uso de luvas deve ser conjugado com a higiene das mãos (Norma técnica nº3 – Manual de Práticas CCIH) antes da colocação e após remoção das mesmas. As luvas podem ser estéreis ou não estéreis (limpas) (Anexo I).

As luvas não estéreis estão recomendadas quando existe contato com:

- Sangue ou fluidos orgânicos.
- Membranas mucosas ou pele não integra.
- Materiais contaminados
- Clientes em isolamento de contacto.
- Equipamento e superfícies ambientais contaminados (luvas de borracha de uso doméstico) [4-5].

As luvas estéreis estão recomendadas em:

- Procedimentos cirúrgicos.
- Procedimentos com técnica assética[4].

No uso de luvas está indicado:

- Higienizar sempre as mãos antes da colocação e depois da remoção das luvas.
- Mudar luvas entre clientes.
- Mudar luvas entre procedimentos no mesmo cliente, que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos (aspiração de secreções, pensos ou manipulação do sistema de algaliação entre outros).
- Mudar luvas se há suspeita de compromisso da sua integridade.
- Evitar tocar em superfícies com as luvas.
- Ser o primeiro EPI a ser removido e o último a ser colocado
- Remover pegando no bordo da luva junto ao punho e retirar da mão virando de dentro para fora, a segunda luva ao ser removida deve criar uma bolsa para ambas as luvas.
- Descartar luvas para contentor apropriado[4].

MÁSCARAS

As máscaras protegem a face, nariz, boca e por vezes os olhos, devendo tapar completamente a face. São de uso único, devem ficar bem ajustadas à face, não devem estar penduradas em volta do pescoço e se tiverem uma camada impermeável protegem contra o risco de projeção de líquidos biológicos (fluido resistentes) [6.]

As máscaras podem ser de procedimentos, cirúrgicas e cirúrgicas com viseira.

As máscaras de procedimentos estão recomendadas em:

- Procedimentos sem risco de contaminação da face com sangue ou fluidos orgânicos[5].

As máscaras cirúrgicas (fluido resistentes) estão recomendadas em:

- Procedimentos com salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face.
- Contacto com clientes em isolamento de gotícula (portadores de haemophilus influenza, neisseria meningitidis, difteria, klebsiella pneumoniae, micoplasma pneumoniae, legionella pneumophila, adenovírus, parvovirus, rubéola).
- Procedimentos com técnica estéril.

- Doentes em isolamento de via aérea[5-6].

As máscaras cirúrgicas com viseira (fluido resistentes) estão recomendadas em:

- Procedimentos com salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face e a mucosa ocular[5].

No uso de máscaras está indicado:

- Descartar a máscara após contacto com o cliente, pelos atilhos (primeiro desapertando o atilho debaixo e depois o de cima e retirando da face).
- Ser o último EPI a ser removido.
- Higienizar as mãos, após remoção[6].

RESPIRADORES

Os respiradores, estão regulados pela Diretiva 89/686/CEE (sobre EPI) e pela Norma Europeia EN 149:2001 e visam proteger o utilizador contra o risco de infeções de transmissão por via aérea. Os respiradores cobrem o nariz, a boca e o mento e podem ter válvula de inalação e/ou exalação. O ar entra no respirador e passa para a área nasal e oral da peça facial ou através da válvula de inalação. O ar expirado flui através do material de filtração e/ou válvula de exalação diretamente para a atmosfera ambiente[7].Com base nos testes citados pela EN 149:2001, os respiradores podem ser classificados, consoante a respetiva eficiência de filtração e com o volume máximo de vazamento para o exterior, em: FFP1,FFP2,FFP3 (Anexo III).

Os respiradores estão recomendados em:

- Contacto com clientes em isolamento de via aérea[5] (portadores de tuberculose, sarampo, varicela, herpes zooster disseminado).

No uso de respiradores está indicado:

- Descartar o respirador após contato com o cliente, pelos elásticos (levantando o elástico debaixo sobre o de cima e retirando da face)
- Ser o último EPI a ser removido fora do quarto do cliente.
- Higienizar as mãos após remoção[5].

ÓCULOS

Os óculos devem tapar os olhos mesmo lateralmente e o anti embaciamento é importante para permitir uma boa visualização. Os óculos de uso pessoal não substituem o uso de óculos de proteção[8].

Os óculos estão recomendados em:

- ➢ Procedimentos em que se prevê que possam ocorrer salpicos e / ou aerossolização de fluidos orgânicos, de sangue ou de desinfetantes, que contaminem os olhos.

No uso de óculos está indicado:

- Mudar óculos se contaminados ou no fim do procedimento.
- Remover sem luvas, afastando-os da face.
- Higienizar mãos, após remoção[8].

BATAS

O uso de bata é indicado para proteger a roupa e a pele do profissional reduzindo o risco de infeção cruzada a outros clientes através da roupa. Podem ser esterilizadas ou limpas (permeáveis e impermeáveis), de uso único ou reutilizáveis[9].

As batas impermeáveis estão recomendadas em:

- ➢ Procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa/ pele com sangue ou fluidos orgânicos.

As batas esterilizadas estão recomendadas em:

- ➢ Procedimentos invasivos com técnica assética.

As batas limpas estão recomendadas em:

- ➢ Procedimentos sem risco de contaminação da roupa/pele com sangue ou fluidos orgânicos.

No uso de bata está indicado:

- Selecionar a bata de acordo com o procedimento a realizar e com a quantidade de líquidos que se prevê que sejam produzidos.
- Mudar bata entre clientes.
- Mudar bata entre procedimentos no mesmo cliente, que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos.
- Remover após procedimento.
- Puxar a bata pelos ombros, após desapertar atilhos e virá-la do avesso, enrolá-la e descartá-la ou colocá-la para lavar.
- Higienizar mãos, após remoção[9].

AVENTAIS

Os aventais estão recomendados para uso geral em que não haja necessidade de proteger os membros superiores, protegendo a roupa do profissional

Os aventais estão recomendadas em:

- Procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa por fluidos orgânicos.

No uso de avental está indicado:

- Selecionar aventais de plástico descartável.
- Mudar entre clientes.
- Mudar entre procedimentos no mesmo cliente, que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos.
- Descartar, após virar do avesso e enrolar.
- Higienizar as mãos após remoção[9].

TOUCAS/ BARRETES

A proteção do cabelo reduz a incidência de contaminação do couro cabeludo e cabelos por sangue ou fluidos orgânicos, assim como de outros agentes químicos. Para além disso evita a contaminação do meio assético, por queda de cabelo. Podem ser de uso único ou reutilizável (embora menos recomendáveis por não terem o ajuste dos descartáveis.[10]

As toucas/barretes estão recomendadas em:

- Procedimentos cirúrgicos.
- Procedimentos invasivos com técnica assética.
- Procedimentos em que se preveja contaminação do cabelo ou couro cabeludo.

No uso de toucas/barretes está indicado:

- Cobrir todo o cabelo.
- Mudar toucas/barretes se contaminados ou no fim do procedimento.
- Devem ser removidos com manipulação apenas dos lados ou pela banda elástica.
- Higienizar as mãos após remoção[10].

PROTETORES DE CALÇADO / CALÇADO

A proteção do calçado (botas descartáveis) ou uso de calçado específico em determinadas áreas, reduz a incidência de contaminação do ambiente e limita a disseminação de microrganismos patogénicos para outras áreas, prevenindo a infeção cruzada.

Os protetores de calçado estão recomendados em:

- Procedimentos cirúrgicos em salas de cirurgia.

No uso de protetores de calçado está indicado:

- Mudar protetores se contaminados.
- Descartar no fim do procedimento.

No uso de calçado está indicado:

- Ser de fácil limpeza e fechado.
- Descontaminar quando há contato com sangue ou fluidos orgânicos
- Lavar o calçado com detergentes em máquina de lavar, no hospital[11].

A ordem de colocação e remoção de EPI deve ser respeitada para evitar a infeção cruzada (Anexos III e IV).

9. INDICADORES

Não se aplica

10. ANEXOS

Anexo I – Pirâmide de indicações de utilização de luvas

Anexo II – Classificação dos respiradores consoante a respetiva eficiência de filtração e o volume máximo de vazamento para o exterior

Anexo III – Colocação do equipamento de proteção individual

Anexo IV – Remoção do equipamento de proteção individual

Anexo V – Resumo das recomendações para o uso de EPI

Anexo I – Pirâmide de indicações de utilização de luvas

INDICAÇÕES PARA LUVAS ESTERILIZADAS
Qualquer procedimento cirúrgico; parto vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; colocação de acessos venosos ou cateteres centrais; preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia.

SITUAÇÕES CLÍNICAS COM INDICAÇÃO PARA LUVAS LIMPAS
Possibilidade de contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e objectos visivelmente contaminados por fluidos orgânicos.

EXPOSIÇÃO DIRECTA AO DOENTE: contacto com sangue; contacto com membranas mucosas e com pele não integra; possível presença de organismos perigosos e altamente infecciosos; situações de emergência ou epidemia; colocação e remoção de acessos vasculares; derramamento de sangue; remoção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais.

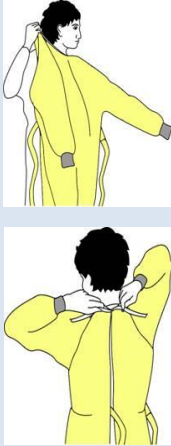
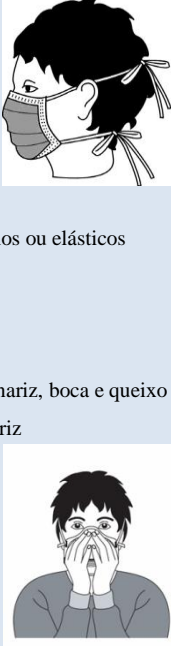
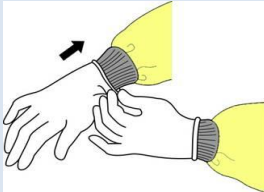
EXPOSIÇÃO INDIRECTA AO DOENTE: esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos; manipulação/limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluidos corporais.

LUVAS NÃO INDICADAS (excepto para precauções de CONTACTO)
Sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou ambiente contaminado

EXPOSIÇÃO DIRECTA AO DOENTE: avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso; administração de injecções SC ou IM; lavar e vestir o doente; transportar o doente; cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (sem secreções), qualquer manipulação de acesso vascular na ausência de extravasamento de sangue.

EXPOSIÇÃO INDIRECTA AO DOENTE: utilização do telefone; escrever nos registos do doente, administração de medicação oral; distribuição e recolha dos tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio; deslocação da mobília do doente.

As luvas devem usadas de acordo com PRECAUÇÕES BÁSICAS e de CONTACTO. A pirâmide explica alguns exemplos clínicos em que as luvas não estão indicadas, e outras em que estão indicadas luvas limpas ou esterilizadas. A higiene das mãos deve ser executada quando apropriado independentemente das indicações para utilização de luvas.

Fonte: DGS- Campanha Higiene das mãos,2005.

Anexo II – Classificação dos respiradores consoante a respetiva eficiência de filtração e o volume máximo de vazamento para o exterior

	FFP1	FFP2	FFP3
Fuga para interior (% de partículas que não são retidas pelo filtro)	22%	8%	2%
Retenção total pelo filtro (% de partículas retidas pelo filtro)	78%-80%	92%	98%
Penetração do filtro (% max. de penetração de aerossóis c/ teste de cloreto de sódio a um fluxo de 95 l/m)	20%	6%	1%
Resistência respiratória max. permitida (mbar) c/ teste de cloreto de sódio a um fluxo de 95 l/m	2,1	2,4	3

Fonte: Adaptado da EN 149:2001.

Anexo III – Colocação do equipamento de proteção individual

Como Colocar o Equipamento de Proteção Individual

1

Bata

- Selecionar a bata apropriada
- Abrir pela parte posterior
- Vestir apertando os atilhos atrás
- Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas:
    - a 1ª bata ata à frente
    - a 2ª bata ata à trás

2

Máscara

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo
- Ajustar a parte superior ao nariz
- Segurar à cabeça com os atilhos ou elásticos
- Ajuste-a

Respirador

- Selecionar o respirador
- Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo
- Ajustar a parte superior ao nariz
- Segurar à cabeça com os elásticos
- Verificar se está bem colocado :
    - Inalar – o respirador deve colapsar
    - Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face

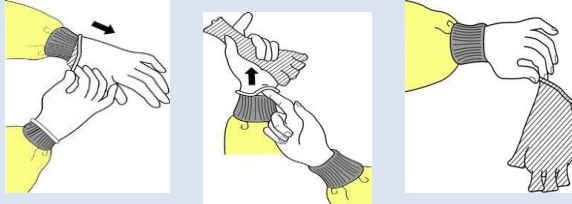
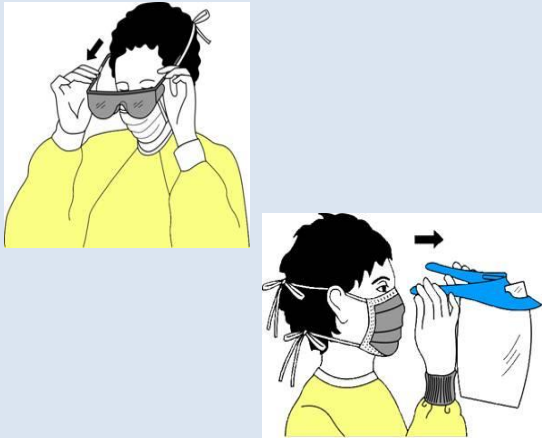
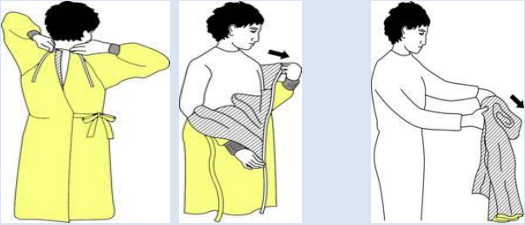
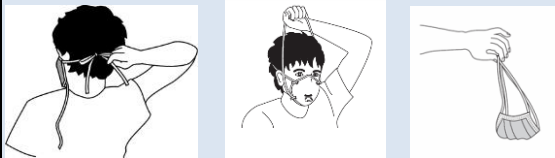
3

Proteção ocular/facial

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segurá-los nas orelhas ou usar atilhos
- Posicionar a proteção facial sobre a face e segure-a com os atilhos
- Ajustar até que se sinta confortável

4

Luvas

- Calçar as luvas no final
- Selecionar o tipo e tamanho de luvas adequado
- Inserir as mãos nas luvas
- Puxar as luvas até prender o punho da bata

Fonte: OMS, 2004.

<u>Uso do Equipamento de Proteção Individual em Segurança</u>

- Manter as mãos enluvadas longe da face.
- Evitar tocar em superfícies e equipamentos.
- Mudar EPI quando danificados ou muito contaminados.
- Higienizar as mãos.

Anexo IV – Remoção do equipamento de proteção individual

Como remover o Equipamento de proteção individual	
1 **Luvas** Primeira etapa: • Pegar no bordo da luva, junto ao punho • Retirar da mão, virando de dentro para fora • Segurar com a mão oposta Segunda etapa: • Meter o dedo da mão sem luva por debaixo da outra luva e removê-la • Virar a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas • Descartar as luvas para contentor apropriado	**2** **Proteção ocular/facial** • Retirar os óculos e proteção facial sem luvas • Afastar da face • Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar
3 **Bata** • Desapertar atilhos • Puxar a bata pelos ombros • Virar do avesso • Enrolar • Descartar	**4** **Máscara** • Desapertar atilho debaixo, depois o de cima • Retirar da face • Descartar **Respirador** • Levantar o elástico do fundo sobre o de cima • Levantar o de cima • Retirar da face • Descartar

Fonte: OMS,2004.

<u>Uso do Equipamento de Proteção Individual em Segurança</u>

- Remover EPI após procedimento.
- Remover respiradores fora do quarto do cliente, depois de sair e da porta fechada.
- Higienizar as mãos após remoção e descarte de EPI.

Anexo V – Resumo das recomendações para o uso de EPI

EPI	Recomendações
Batas impermeáveis	• Procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa e pele com sangue ou fluidos orgânicos.
Batas impermeáveis esterilizadas	• Procedimentos invasivos com técnica assética, em que seja previsível contaminação da roupa e pele com sangue ou fluidos orgânicos.
Aventais	• Procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa por sangue ou fluidos orgânicos.
Luvas esterilizadas	• Procedimentos cirúrgicos; • Procedimentos com técnica assética
Luvas não esterilizadas	• Contacto com sangue ou fluidos orgânicos. • Contacto com membranas mucosas ou pele não integra. • Contacto com materiais contaminados. • Contacto com clientes em isolamento de contato. • Contacto com equipamento e superfícies ambientais contaminados
Máscaras Cirúrgicas com viseira	• Procedimentos com salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face e olhos.
Máscaras Cirúrgicas	• Procedimentos com salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face; • Contacto com clientes em isolamento de gotícula; • Procedimentos com técnica estéril; • Doentes em isolamento de via aérea.
Respiradores	• Contacto com clientes em isolamento da via aérea.
Óculos	• Procedimentos em que se preveja que possam ocorrer salpicos e/ou aerossolização de sangue, fluidos orgânicos ou de desinfetantes, para proteção da mucosa ocular.
Toucas/Barretes	• Procedimentos em que se preveja que possa haver contaminação do couro cabeludo e cabelos por sangue ou fluidos orgânicos, assim como de outros agentes químicos; • Procedimentos com técnica assética em salas de cirurgia.
Protetores de calçado/Calçado	• Para reduzir a incidência de contaminação do ambiente e limitar a disseminação de microrganismos patogénicos para outras áreas.

Apêndice 14

Instrumento de Auditoria às Práticas de Seleção e Uso de EPI

Instrumento de Auditoria às Práticas de Seleção e Uso de EPI

Auditoria nº. ___________ Data ___/___/___ Processo nº __________
Enfermeiro Auditor _________________________

Cod.	Critérios	Sim	Não	Não Aplicável
A	Higienização das mãos			
A1	Antes da colocação EPI			
A2	Após remoção de EPI			
B	Bata permeável			
B1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
B2	Remove imediatamente após o procedimento			
B3	Muda entre clientes diferentes.			
B4	Usa de acordo com as indicações			
C	Bata impermeável			
C1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
C2	Remove imediatamente após o procedimento			
C3	Muda entre clientes diferentes			
C4	Usa de acordo com as indicações			
D	Bata estéril			
D1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
D2	Remove imediatamente após o procedimento			
D3	Muda entre clientes diferentes			
D4	Usa de acordo com as indicações			
E	Avental			
E1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
E2	Coloca imediatamente após o procedimento			
E3	Muda entre clientes diferentes			
E4	Usa de acordo com as indicações			
F	Máscara cirúrgica			
F1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
F2	Coloca imediatamente após o procedimento			
F3	Muda entre clientes diferentes			
F4	Usa de acordo com as indicações			
G	Máscara cirúrgica com viseira			
G1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
G2	Coloca imediatamente após o procedimento			
G3	Muda entre clientes diferentes			
G4	Usa de acordo com as indicações			
H	Óculos			
H1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
H2	Coloca imediatamente após o procedimento			
H3	Muda entre clientes diferentes			
H4	Usa de acordo com as indicações			
I	Luvas não estéreis			
I1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
I2	Coloca imediatamente após o procedimento			
I3	Muda entre clientes diferentes			
I4	Usa de acordo com as indicações			
J	Luvas estéreis			
J1	Coloca imediatamente antes do procedimento			
J2	Coloca imediatamente após o procedimento			
J3	Muda entre clientes diferentes			
J4	Usa de acordo com as indicações			
L	Ordem colocação de EPI			
L1	Bata/Avental; Máscara; Óculos; Luvas			
M	Ordem remoção de EPI			
M1	Luvas; Óculos; Bata/Avental; Máscara			
N	Disponibilidade de EPI			
N1	Disponíveis em locais de acesso rápido			
N2	Existem em quantidade suficiente			

Observações:

Elaborado por Maria Teresa Cordeiro, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS, sob orientação da Profª. E.M. e da Enfª N.R.

Apêndice 15

Manual de Utilização do Instrumento de Auditoria às Práticas de Seleção e Uso de EPI

MANUAL DE UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUDITORIA ÀS PRÁTICAS DE SELEÇÃO E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Elaborado por:

Maria Teresa Martins Cordeiro

(Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enfª N.R.

Profª: E.M.

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

A seleção e o uso de equipamento de proteção individual garantem a segurança do pessoal de saúde e dos clientes. A decisão de selecionar e usar ou não equipamento de proteção individual na prestação de cuidados deve ter em atenção o risco de transmissão cruzada de microrganismos.

Para que se adquiram boas práticas na área do uso e seleção de EPI, é necessário um procedimento que oriente as práticas dos profissionais e um instrumento de auditoria que as monitorize. A auditoria de cuidados avalia os cuidados de enfermagem e através dela pode-se indicar medidas preventivas e corretivas. Este é um processo educativo, pois não procura os responsáveis, mas questiona o porquê dos resultados adversos (D'Innocenzo et al.,2006 In Ferreira et al.2009).

Surge então a necessidade da elaboração de um manual para aplicação do instrumento de auditoria.

Este manual tem como objetivo geral:

- ✓ Orientar a aplicação do instrumento de auditoria da seleção e uso de equipamento de proteção individual.

E como objetivos específicos:

- ✓ Explicar as indicações e as etapas a observar em cada tipo de equipamento.
- ✓ Apresentar a fórmula da taxa de adesão à seleção e uso de equipamento de proteção individual.
- ✓ Descrever as atividades do enfermeiro auditor.

As auditorias deverão ser efetuadas após a divulgação da revisão do Procedimento Geral de Seleção de Equipamento de Proteção Individual aos enfermeiros, pelo Conselho de Administração e Comissão de Controlo de Infeção.

1 – FUNDAMENTAÇÃO

A utilização de equipamento de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde, deverá ser desencadeada quando se preveem determinados procedimentos que poderão levar à contaminação/transmissão de microrganismos do cliente para o profissional ou do profissional para o cliente. Tem assim uma prevenção dupla tanto para clientes como para profissionais. Tem por objetivo prevenir a transmissão cruzada de infeção. As fontes de infeção incluem fluidos corporais, sangue e outras secreções ou excreções (exceto suor), pele não intacta ou mucosas e qualquer equipamento que seja suscetível de ser contaminado Estas medidas previnem a expansão de infeção, geralmente vinculada a sangue, fluidos corporais (exceto o suor), secreções, pele e mucosas com lesões (Martins, 2001).

O uso de EPI é essencial para a segurança nos cuidados de saúde. Deverá ser efetuada uma avaliação de risco, consoante o procedimento a efetuar e decidir qual o EPI mais apropriado a utilizar (Pratt, 2001). Nesta grelha de observação, foram considerados os principais EPI a utilizar como precaução básica na prevenção e controlo da infeção (bata (permeável, impermeável e estéril), avental, máscara cirúrgica, óculos/máscara com viseira e luvas), não foram considerados outros, como máscaras de proteção respiratória, visto serem necessários em situações de infeção em que estão presentes microrganismos que necessitam de isolamento de via aérea e não era esse o objetivo do estudo.

Passamos então à descrição dos vários tipos de EPI necessários, tendo em conta os procedimentos a efetuar:

BATA

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja que haja contaminação da roupa/pele com sangue ou fluidos orgânicos (ex.: risco de extensos salpicos de sangue, secreções e excreções).
- Selecionar a bata de acordo com o procedimento a realizar e com a quantidade de líquidos que se prevê que sejam produzidos (permeável, impermeável).

- Usar bata estéril durante procedimentos invasivos com técnica assética.

Deve-se observar no uso de bata:

- Se coloca a bata imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após o procedimento.
- Se muda a bata entre clientes diferentes. (Pressupõe-se que ao remover o equipamento após procedimento, terá mudado antes de efetuar outro procedimento no mesmo cliente ou de prestar cuidados a outro cliente. No entanto achou-se pertinente observar este último aspeto nos vários tipos de equipamento).
- Se usa de acordo com as indicações.

AVENTAL

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja que haja contaminação da roupa com sangue ou fluídos orgânicos (ex.: limpar fluidos orgânicos, fazer pensos, entre outros).

Deve-se observar no uso de avental:

- Se coloca avental imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda avental entre clientes diferentes.
- Se usa de acordo com as indicações.

MÁSCARAS

Máscaras cirúrgicas

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja que haja salpicos e aerossolização de sangue ou fluidos orgânicos.
- Contacto com clientes em isolamento de gotícula.
- Procedimentos com técnica estéril.

Máscaras com viseira

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja salpicos de sangue e aerossolização de sangue e fluidos orgânicos, ou de desinfetantes que contaminem a face e a mucosa ocular. (ex.: risco de extensos salpicos de sangue, secreções).

Deve-se observar no uso de máscaras:

- Se coloca máscara imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda máscara cirúrgica entre clientes diferentes.
- Se usa de acordo com as indicações.

ÓCULOS

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja que haja salpicos e aerossolização de sangue ou fluidos orgânicos que contaminem a face e os olhos.

Deve-se observar no uso de óculos:

- Se coloca óculos imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda óculos entre clientes diferentes.
- Se usa de acordo com as indicações.

LUVAS

Luvas não estéreis

Indicações:

- Procedimentos em que se preveja que haja exposição a sangue ou fluidos orgânicos ou se contacta com mucosas/pele não intactas e com materiais contaminados (ex.: punção venosa periférica, administração de terapêutica rectal, enemas, manuseamento de arrastadeiras/urinóis sujos, entubação naso gástrica, manipulação do circuito da algaliação, contacto com liquido cefalorraquidiano, pleural,).
- Contacto com clientes em isolamento de contacto.

Luvas estéreis

Indicações:

- Procedimentos cirúrgicos.
- Procedimentos com técnica assética.

Deve-se observar no uso de luvas:

- Se coloca luvas imediatamente antes do procedimento e remove imediatamente após procedimento.
- Se muda luvas entre clientes diferentes.
- Se usa de acordo com as indicações.

Embora este instrumento não pretenda avaliar a adesão dos profissionais de saúde à **higienização das mãos,** optou-se por observá-la antes da colocação e após remoção do EPI, visto que o facto de não ser efetuada, potencia a infeção cruzada e o risco de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

A ordem de colocação e de remoção dos EPI é outro item a avaliar, considerando-se que nem sempre é possível observar a utilização de todos os EPI, dever-se-á observar esta ordem sempre que se utilize mais do que um tipo de EPI. Sendo considerada a ordem correta de colocação de EPI: bata, máscara, óculos, luvas e a de remoção: luvas, óculos, bata, máscara (CDC).

Deve-se ter também em atenção a disponibilidade de EPI, relativamente a locais de fácil acesso e em quantidade suficiente, porque poderão ser fatores importantes na adesão dos enfermeiros ao uso de EPI.

2 – PRINCÍPIOS GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS ÀS PRÁTICAS DE SELEÇÃO E USO DE EPI

O instrumento de auditoria da seleção e uso de equipamento de proteção individual, tem como objetivos:

- ➢ Determinar a taxa de adesão à utilização de EPI pelos profissionais de saúde
- ➢ Avaliar a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente.

Sendo assim, há alguns aspetos que o observador/auditor deverá ter em consideração no seu preenchimento:

- ➯ Deve apresentar-se aos profissionais de saúde a observar e explicar o motivo da sua presença.
- ➯ Pode observar mais que um profissional de saúde em simultâneo, desde que haja oportunidade, (não devendo observar-se mais que 2 profissionais, pelo risco da observação não ser efetuada corretamente).
- ➯ Deve fazer a observação em local adequado, podendo no entanto acompanhar os profissionais de saúde nas suas atividades, mas não interferindo nas mesmas.
- ➯ Após preencher o cabeçalho da folha deverá iniciar a observação quando surge uma oportunidade para utilização de EPI.

Deverá assinalar na coluna respetiva (Sim), (Não) e (Não Aplicável).

A taxa de adesão à utilização de EPI pelos profissionais de saúde será obtida através da razão entre o nº de ações que confirmam a utilização do equipamento e o nº de observações efetuada. A fórmula do indicador de avaliação tem no numerador o número de observações que confirmam a utilização de equipamento e no denominador o número de observações efetuadas:

$$\textbf{Taxa de adesão } (\%) = \frac{\text{Nº de obs. que confirmam a utilização do equipamento}}{\text{Nº de observações efetuadas}} \times 100$$

Esta fórmula foi adaptada do definido pela DGS, para cálculo da adesão à higienização das mãos, que por sua vez foi adaptado da World Alliance for Patient Safety (Manual do observador – higienização das mãos, 2005)

3 – ATIVIDADES DO ENFERMEIRO AUDITOR

As auditorias às práticas de adesão à seleção e uso de EPI, deverão ser realizadas mensalmente e os critérios de observação obedecem às orientações definidas no instrumento de auditoria. Em situações de urgência/emergência o enfermeiro auditor deve observar o uso de EPI e registar na grelha de auditoria no campo para observações, as condicionantes.

Os enfermeiros auditores dos serviços serão selecionados pelos enfermeiros chefes/coordenadores do serviço. Deverá haver um enfermeiro auditor por serviço, podendo ser aumentado para 2 a 3 enfermeiros por equipa treinados para o efeito. O treino dos auditores será realizado em sessões de prática simulada pelas enfermeiras da CCIH e Enfª Mª Teresa Cordeiro. Os enfermeiros auditores do serviço realizam formação aos restantes enfermeiros planeando a implementação no serviço.

Os enfermeiros auditores realizam as auditorias e consoante os resultados promovem as medidas de melhoria necessárias, para a obtenção dos resultados em conformidade com os procedimentos. Posteriormente elaboram o relatório final (semestralmente) da auditoria e os enfermeiros Chefes e Coordenadores enviam por mail cópia desse relatório para a CCIH, para se proceder à realização do relatório final das auditorias a enviar, à Direção de Enfermagem.

Decorrente dos resultados obtidos, são planeadas e implementadas propostas de melhoria em articulação e cooperação com os serviços e com a CCIH.

4 – CONCLUSÃO

Neste manual descrevemos as etapas a seguir para a utilização do instrumento de auditoria de adesão às práticas de seleção e uso de EPI, para que seja explícito a sua aplicação. Foram enumeradas as indicações para a utilização dos vários tipos de EPI, assim como a fórmula para o cálculo da taxa de adesão à seleção e uso de EPI e as atividades do enfermeiro auditor.

O instrumento de auditoria foi testado por peritos e após a aprovação e divulgação da revisão do Procedimento Geral de Seleção pelo Conselho de Administração, deverão ser iniciadas as auditorias.

Desta forma pensamos contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem através de boas práticas em controlo de infeção relativas ao uso de EPI.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICA S

CHBM. Serviço de Gestão da Qualidade, – **Procedimento Geral - Auditorias Internas**,4/4/2012.

MARTINS, M.A. – **Manual de Infeção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma Portuguesa EN ISO 19001 – Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão da qualidade e/ ou gestão ambiental**,2003.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Norma Portuguesa EN ISO 9001 – Sistemas de gestão da Qualidade. Requisitos**, 2008 [Em linha]. [Consult. 30 Maio. 2012]. Disponível em http://www.mar.mil.br/cpce/Arquivos/ISO_9001-2008.pdf.

PRATT, R.J; [et al.] **The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections**. Journal of Hospital Infection, 2001, 47 (Supplement).

ELETRÓNICAS

FERREIRA, T. [et. al] – Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. [Em linha]. **Aquichán.** Bogotá. ISSN 1657-5997. Vol.9, nº 1 (jan./jun.2009). [Consult. 20 set.2012]. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972009000100004&script=sci_arttext

Apêndice 16

Cartaz de Divulgação da Ação de Formação

AÇÃO DE FORMAÇÃO

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

DATA: 27/06/12

HORA: 14h

LOCAL: Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral

POPULAÇÃO ALVO: Enfermeiros

FORMADOR: Enfª. Mª Teresa Cordeiro – Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS

Uso de Equipamentos de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência

OBJETIVO: Sensibilizar os enfermeiros para a importância/implicações do uso de EPI nos cuidados de saúde.

INSCRIÇÃO	

Apêndice 17

Plano da Ação de Formação

<table>
<tr><td colspan="2">
</td><td colspan="3">1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica</td></tr>
<tr><td colspan="5">PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÂO</td></tr>
<tr><td>Tema</td><td colspan="4">Uso de Equipamentos de Proteção Individual e Suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência</td></tr>
<tr><td>Data</td><td colspan="4">27 de junho de 2012</td></tr>
<tr><td>Hora</td><td colspan="4">14 Horas</td></tr>
<tr><td>Local</td><td colspan="4">Sala de enfermagem do serviço de urgência geral</td></tr>
<tr><td>Destinatários</td><td colspan="4">Enfermeiros</td></tr>
<tr><td>Formador</td><td colspan="4">Maria Teresa Cordeiro</td></tr>
<tr><td>Duração</td><td colspan="4">60 Min.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Conteúdos</td><td>Metodologia</td><td>Tempo</td></tr>
<tr><td>INTRODUÇÃO</td><td colspan="2">» Apresentação aos enfermeiros presentes na sessão.
» Contextualização da ação de formação;
» Apresentação do tema e metodologia de trabalho a desenvolver durante a sessão;
» Divulgação dos objetivos da sessão.</td><td>Expositiva

Computador e Projetor (Data Show)</td><td>10 Min.</td></tr>
<tr><td>DESENVOLVIMENTO</td><td colspan="2">» Divulgação do diagnóstico de situação.
» Divulgação da taxa de adesão dos enfermeiros do SUG às práticas de seleção e uso de EPI, no período de 6 a 16 de Janeiro de 2012;
» Divulgação dos resultados do questionário aplicado no período de 13 a 16 de Janeiro de 2012.
» Breve abordagem às IACS;
» Descrição dos vários tipos de EPI.
» Indicações dos diversos EPI.
» Técnica de colocação e remoção de EPI;</td><td>Expositiva, demonstrativa e interativa

Computador e Projetor (Data Show)</td><td>35 Min.</td></tr>
<tr><td>CONCLUSÃO</td><td colspan="2">» Esclarecimento de dúvidas;
» Síntese dos aspetos mais significativos da sessão;
» Pedido de sugestões aos elementos presentes para uma implementação do projeto mais eficaz.</td><td>Expositiva e Participativa</td><td>10 Min.</td></tr>
<tr><td>AVALIAÇÃO</td><td colspan="2">» Avaliação da formação, impacto nos formandos e desempenho do formador</td><td>Aplicação do questionário do Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem</td><td>5 Min.</td></tr>
</table>

Elaborado por: Mª Teresa Cordeiro

Orientadora: Enf.ª N.R.

Professora: E. M.

Apêndice 18

Diapositivos da Ação de Formação

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

OBJETIVO GERAL:

➢ *Sensibilizar os enfermeiros para a importância/implicações do uso de EPI nos cuidados de saúde.*

Análise dos Questionários

Distribuição dos enfermeiros consoante a dificuldade na seleção de equipamento

Análise dos Questionários

Distribuição dos enfermeiros segundo a colocação do equipamento de proteção individual

Análise dos Questionários

Distribuição dos enfermeiros segundo a remoção do equipamento de proteção individual

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

Infeção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade.

(DGS,2007)

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

Dificulta o tratamento adequado de clientes e é uma causa importante de morbilidade/mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos hospitalares e da comunidade.

(OMS, cit. DGS,2007)

Se considerarmos o prolongamento dos internamentos, o aumento da utilização de fármacos, o recurso a exames complementares de diagnóstico, a necessidade de isolamento, para além dos custos indiretos relacionados com a perda de produtividade por parte do cliente, os custos económicos aumentam consideravelmente .

(Ducel et al., 2002)

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

- Estudos efetuados no Reino Unido, concluíram que pelo menos 20% de todas as infeções nosocomiais seriam provavelmente evitáveis.
- Os programas de controlo de infeção devem ser implementados nas instituições de saúde, para reduzir o risco de transmissão de infeção cruzada e para deteção precoce das infeções.
- A prevenção e o controlo de infeção de IACS representa um custo para a Instituição, mas não podem ser ignorados os benefícios potenciais.

(Pina et al.,2010)

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

HOSPITAIS PORTUGUESES

2009 – Taxa de prevalência de 11,03% de IACS.

2010 – Taxa de prevalência de 11,70% de IACS.

(DGS , Relatório de Prevalência, 2009, 2010)

PROPOSTA DE REDUÇÃO DE CUSTOS COM INFEÇÃO NOSOCOMIAL

- Reduzir a taxa de infeção nosocomial para metade num período de 3 anos.
- Promover a recertificação de profissionais de saúde com formação periódica dirigida à atualização de conhecimentos e à prática clínica.

(Ministério da Saúde de Portugal. Relatório Final do GTRH , 2011)

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

Os enfermeiros podem contribuir para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução.

(Souza et al.,2011)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
Final década de 1980
Medidas de controlo de infeção por rotina nos cuidados a todos os clientes (CDC)
1987
Aplicação de medidas de isolamento(CDC).
2007
"Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Setting" (CDC)
(Wilson, 2003; Pina et al, 2010)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
PRECAUÇÕES BÁSICAS:
Higiene das mãos.
Descontaminação de material e equipamento clínico.
Controlo ambiental.
Resíduos hospitalares/corto-perfurante.,
Colocação de doentes.
Higiene respiratória/etiqueta da tosse.
Práticas seguras para injetáveis.
Vacinação.
Uso apropriado de EPI.
(Pina et al, 2010)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
EPI?
"(…) dispositivo ou meio que se destina a ser utilizado por um indivíduo com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança."
(Diretiva 89/686/CEE).

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
A decisão de usar ou não EPI e quais os equipamentos a usar em cada momento da prestação de cuidados devem ser baseados na avaliação de risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do fardamento, pele ou mucosas do pessoal de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente.
(Pratt, 2001).

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
Aspetos a considerar no uso de EPI:
Reduzem mas não eliminam o risco de transmissão de infeção.
Só são efetivos se usados corretamente e em cada contato.
Não substituem as medidas básicas de higiene nomeadamente a lavagem/desinfeção das mãos.
Deve ser evitado todo o contacto dos EPI com superfícies, roupas ou pessoas.
Quando utilizados nos clientes devem ser considerados de risco biológico e eliminados para autoclavagem, incineração ou método alternativo.
(CLARKE et al.cit. por PINA,2007)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
Luvas
Respiradores
Avental
Barretes
Máscaras
Bata
Óculos
Botas
(Health Protection Scotland (HPS)PPE,2012

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
LUVAS
O uso de luvas não estéreis está recomendado em:
Contato com sangue ou fluidos orgânicos.
Contato com membranas mucosas ou pele não integra.
Contato com materiais contaminados.
Contato com clientes em isolamento de contato.
Contato com equipamento e superfícies ambientais contaminados.
(CDC,2007)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
LUVAS ESTERILIZADAS
O uso de luvas esterilizadas está recomendado em:
Procedimentos cirúrgicos.
Procedimentos com técnica assética.
(Health Protection ScotlandPPE,Gloves,2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
No uso de luvas está indicado:
❖ Higienizar sempre as mãos antes da colocação e depois da remoção.
❖ Mudar entre clientes.
❖ Mudar entre procedimentos no mesmo cliente, quando existe contato com locais que possam conter elevadas concentrações de microrganismos.
❖ Mudar luvas se há suspeita de compromisso da sua integridade.
(Health Protection Scotland (HPS)PPE ,Gloves,2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
No uso de luvas está indicado:
❖ Evitar tocar em superfícies com as luvas.
❖ Ser o primeiro EPI a ser removido e o último a ser colocado.
❖ Descartar para contentor apropriado.
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, Gloves, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
MÁSCARAS
Cirúrgicas (fluido resistentes)
Cirúrgicas com Viseira (fluido resistentes)
Procedimentos ou de isolamento
(CDC, 2007)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
MÁSCARAS CIRÚRGICAS
Indicações:
❑ Procedimentos com risco de salpicos de sangue, fluidos orgânicos e secreções.
❑ Contato com clientes em isolamento de gotícula.
❑ Procedimentos com técnica estéril.
❑ Doentes em isolamento de via aérea.
(CDC, 2007)
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, Surgical Mask, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
MÁSCARAS CIRÚRGICAS COM VISEIRA
Indicações:
❑ Procedimentos com risco de salpicos e aerossolização de sangue, fluidos orgânicos e secreções, que contaminem a face e os olhos.
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, surgical mask, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
MÁSCARAS DE PROCEDIMENTOS
Indicações:
❑ Procedimentos sem risco de contaminação com fluidos orgânicos.
(CDC, 2007)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
No uso de máscaras está indicado:
❖ Descartar a máscara após contato com o cliente.
❖ Ser o último EPI a ser removido.
❖ Higienizar as mãos , após remoção.
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, Surgical Mask, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Equipamento de Proteção Individual
RESPIRADORES
Dispositivos que proporcionam proteção adequada para a face do utilizador, contra a atmosfera ambiente e pode conter válvula de inalação e/ou de exalação
(EN 149, 2001)

	FFP1	FFP2	FFP3
Fuga para interior (% de partículas que não são retidas pelo filtro)	22%	8%	2%
Retenção total pelo filtro (% de partículas retidas pelo filtro)	78%-80%	92%	98%
Penetração do filtro (% max. de penetração de aerossóis c/ teste de cloreto de sódio a um fluxo de 95 l/m)	20%	6%	1%
Resistência respiratória max. permitida (mbar) c/ teste de cloreto de sódio a um fluxo de 95 l/m	2,1	2,4	3

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
AVENTAL
Indicações:
❑ Procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa com sangue ou fluidos orgânicos.
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, Apron/Gowns, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
No uso de Avental está indicado:
❖ Selecionar avental de plástico descartável.
❖ Mudar entre clientes.
❖ Mudar entre procedimentos no mesmo cliente, que envolvam contato com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos.
(Health Protection Scotland (HPS),PPE, Apron/Gowns, 2012)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Como Colocar o Equipamento de Proteção Individual
1 Bata
2 Máscara
3 Proteção ocular/facial
4 Luvas
Fonte: OMS, 2004

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Fonte: OMS, 2004

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Os enfermeiros sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controlo das infeções, mas essas dificuldades não devem constituir fatores impeditivos, mas sim levar à procura de caminhos alternativos que avancem na perspetiva do controlo das infeções.
(PEREIRA et al.,2005)

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Bibliografia:
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting, [Em linha]. 2007. [Consult. 5 Nov. 2011]. Disponível em
COMITÉ EUROPEU PARA A NORMALIZAÇÃO - Norma Europeia EN 149, Aparelhos de proteção respiratória – Semimáscaras filtrantes contra as partículas – Características, ensaios, marcação. Bruxelas, 2001.
CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Diretiva 89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, Jornal Oficial das Comunidades Europeias, [Em linha] nº L 399/18, 30/12/89. [Consult.15 Abril. 2012]. Disponível em
DUCEL, G.; FABRY,J.; NICOLLE, L. – Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital – Um guia prático. [Em linha]. Lisboa. INSRJ, 2002.93p. [Consult.5 Dez. 2011]. Disponível em http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf
PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista portuguesa de saúde pública. [Em linha]. Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 Nov. 2011]. Disponível em
PEREIRA, M.S. [et al.] – A Infecão Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. [Em linha]. Florianopolis. Texto & Contexto. ISSN 0104-0707. Ano/vol. 14, nº 2 (2005), p.250-257. [Consult. 7 Dez.2011]. Disponível em

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Bibliografia:
PINA, E. – Equipamento de proteção individual. Revista Nursing. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 17, nº 227 (Novembro 2007).
PORTUGAL. Ministério da Saúde - Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança, 2011.
PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Março, 2007.
PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde,2010.
PRATT, R.J.: [et al.] The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. Journal of Hospital Infection, 2001, 47 (Supplement).
SCOTLAND. National Services Scotland. Health Protection Scotland – Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em
SCOTLAND. National Services Scotland. Health Protection Scotland – Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Eye/Face Protection, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
Equipamento de Proteção Individual
Bibliografia:
SCOTLAND. National Services Scotland. Health Protection Scotland – Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em
SCOTLAND. National Services Scotland. Health Protection Scotland – Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Surgical Face Masks, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 Maio 2012]. Disponível em
SOUZA, E. L.[et al.] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 4 (Jul. 2011), p. 125-133. [Consult. 18 Nov. 2011]. Disponível em
WILSON, J. – Controlo de Infeção na Prática Clinica, Princípios Gerais de Controlo de Infeção. 2ª Edição. Loures. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, 2003.

Apêndice 19

Avaliação da Ação de Formação

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

"USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDAR EM ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA"

Elaborado por:

Maria Teresa Martins Cordeiro

(Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enfª N. R.

Profª: E. M.

JUNHO 2012

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

A ação de formação decorreu no dia 27 de junho de 2012 pelas 14 horas na sala de enfermagem do serviço de urgência e estiveram presentes 14 enfermeiros. Durante a apresentação, foi feita demonstração da forma correta de colocar e remover EPI e no final foi disponibilizado equipamento para observação e manuseamento cedido pela 3M, nomeadamente na área das máscaras e respiradores (relativamente aos respiradores foi mostrado equipamento novo no mercado).

A avaliação da ação de formação, foi efetuada de acordo com os parâmetros do impresso de apreciação global da formação do Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem. (Anexo I).

Constatou-se que relativamente à adequação da formação às necessidades e expetativas e à qualidade dos conteúdos, 78,6% dos enfermeiros demonstraram-se muito satisfeitos e 21,4% satisfeitos. No que respeita às condições da sala, 57,1% referiram não estar nem satisfeitos/nem insatisfeitos, 35,8 insatisfeitos e 7,1% muito satisfeitos. Na área da qualidade do apoio técnico e administrativo 35,8% revelaram estar nem satisfeitos/nem insatisfeitos, 35,8% satisfeitos, 21,3% muito satisfeitos e 7,1% insatisfeitos. Na possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho,78,6% referiram estar muito satisfeitos, 14,3% satisfeitos e 7,1% nem satisfeitos/nem insatisfeitos.

No que concerne à prestação do formador, no domínio dos conteúdos/competências técnico científicas 85,7% mencionaram estar muito satisfeitos e 14,3% satisfeitos. Na metodologia da transmissão de conhecimentos 71,4% referiram estar muito satisfeitos e 28,6% satisfeitos. Quanto à utilização e domínio dos recursos didáticos 71,4% referiram estar muito satisfeitos e 28,6% satisfeitos. No aspeto da documentação fornecida 57,1% mencionaram estar muito satisfeitos, 28,6%, nem satisfeitos nem insatisfeitos e 14,3% satisfeitos.

Da avaliação efetuada conclui-se que a formação foi de encontro às expetativas dos enfermeiros presentes. Demonstraram-se muito satisfeitos com a qualidade dos conteúdos e a possibilidade de aplicar os conhecimentos em situação concreta de trabalho, embora relativamente às condições da sala houvesse alguma insatisfação.

Quanto à prestação do formador, os enfermeiros presentes referiram estar muito satisfeitos com o domínio dos conteúdos, metodologia de transmissão de conhecimentos, utilização e domínio dos recursos didáticos e documentação fornecida. A apreciação global foi muito boa e segundo os parâmetros definidos pelo documento de avaliação do CHMST a nota quantitativa foi de 4.4 e a qualitativa excelente (Anexo II).

Ficou definido replicar a formação no sentido de que o maior número possível de enfermeiros do serviço a faça, para que se adotem boas práticas no uso de equipamentos de proteção individual e consequentemente se minimize a hipótese de infeção cruzada, diminuindo a taxa de infeção do serviço de urgência.

ANEXO I – Impresso de Apreciação Global da Formação do Núcleo de Investigação e Formação

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: Uso de EPI e suas repercussões no cuidar em enfermagem no serviço de urgência

Nome (s) do (s) Formador (s) _ Enfª Teresa Cordeiro

Objetivos: Sensibilizar os enfermeiros para a importância/implicações do uso de EPI nos cuidados de saúde

Serviço: Urgência

Data: 27/06/2012

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com…	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do(s) Formador(es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II – RELATÓRIO GLOBAL E PARCIAL POR CRITÉRIO DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

RELATÓRIO GLOBAL E PARCIAL POR CRITÉRIO DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	TOTAL ACUMULADO/Nº TOTAL QUESTIONÁRIOS
1. Satisfação face à adequação da formação às necessidades e expectativas?	67/14 = 4.78
2.Satisfação face à qualidade dos conteúdos (nível da informação, adequação e interesse)?	67/14 = 4.78
3. Satisfação face às condições da sala?	39/14 = 2.78
4. Satisfação face Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?	52/14 = 3.71
5. Satisfação face à possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?	66/14 = 4.71
6. Satisfação face à prestação do (s) formador?	
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?	68/14 = 4.81
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?	66/14 = 4.71
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?	66/14 = 4.71
6.4 Documentação fornecida?	60/14 = 4.28
MÉDIA GLOBAL DA AVALIAÇÃO	**39.27/9 = 4.4**

Apreciação Global da Formação	Nota Final	Avaliação Qualitativa
	4.4	**Excelente**

Nota Quantitativa	Nota Qualitativa
A partir de 3,6	**Excelente** – A sessão formativa superou as expectativas. O resultado é reconhecidamente bastante positivo.
Entre 3,0 e 3,5	**Bons –** No geral, foram atingidos os objetivos. A sessão contribuiu para os resultados estabelecidos.
Entre 2,0 e 2,9	**Médio** – Os objetivos foram atingidos parcialmente, a sessão contribuiu parcialmente para os resultados.
Até 1,9	**Fraco** – A sessão formativa contribuiu pouco para os resultados. Os objetivos gerais da formação não foram atingidos.

Apêndice 20

Mapa de Planeamento do PAC

Mestrado em Enfermagem

Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica

Estudante: Maria Teresa da Costa Martins Cordeiro	O Orientador: Enfª N. R.
Instituição: Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo	**Serviço:** Urgência Geral – hospital x

OBJECTIVO GERAL

- Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

K. 1. - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.
K. 2. - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação.
K. 3. - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

Enfermeira Orientadora (Sr.ª Enfermeira N.R.).

Enfermeira Co orientadora (Sr.ª Enfermeira P.M.).

Enfermeira Coordenadora do SUG (Sr.ª Enfermeira F.S.).

Enfermeiras Responsáveis pela Formação em Serviço (Sr.ª Enfermeira D.P., Sr.ª Enfermeira N.P.).

Enfermeiro Responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco (Sr. Enfermeiro J.N.).

Enfermeiras da Comissão de Controlo de Infeção (Sr.ª Enfermeira R.R. e Sr.ª Enfermeira T.S.).

Data:________/_______/_______

Assinatura:___________________________________

Objetivo Especifico	Atividades/Estratégias a Desenvolver	Indicadores de Avaliação	Unidades Competência
✎ Elaborar procedimento setorial sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal.	• Pesquisa bibliográfica sobre entubação endotraqueal. • Elaboração de procedimento. • Discussão do procedimento com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG. • Elaboração de alterações sugeridas. • Divulgação do procedimento em reuniões com equipa de enfermagem.	Procedimento.	K.1.1- Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica
✎ Atualizar tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.	• Pesquisa bibliográfica sobre incompatibilidades medicamentosas. • Atualização de tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa. • Discussão da tabela com Enfermeira Orientadora, Enfermeira	Tabela compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.	K. 1.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

	Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG. • Elaboração de alterações sugeridas. • Divulgação da tabela compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.		
⇘ Elaborar cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG.	• Pesquisa bibliográfica. • Realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco do CHMST. • Elaboração do cartaz. • Discussão do cartaz com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG e Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente. • Elaboração de alterações sugeridas. • Envio do cartaz para o Gabinete de	Relatório de estágio. Cartaz com fluxograma sobre a coordenação de evacuação do SUG.	K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe

	Gestão de Risco e Segurança do Doente.		
⇘ Elaborar dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência	• Pesquisa bibliográfica. • Elaboração de Dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência. • Discussão do dossier com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora, Enfermeira Coordenadora do SUG e Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente. • Elaboração de alterações sugeridas. • Divulgação do dossier em reuniões com equipa de enfermagem.	Dossier Temático	K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. K.2.3- Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe

Atualizar Procedimento Geral de Seleção de EPI da CCIH do CHMST.	• Pesquisa bibliográfica sobre equipamentos de proteção individual. • Realização de estágio de observação na CCIH de um Hospital da região de Lisboa. • Participação em ações de formação/jornadas sobre controlo de infeção. • Realização de estágio de observação na Comissão de Controlo de Infeção do CHMST. • Elaboração de dossier temático sobre controlo de infeção e uso de EPI. • Atualização do procedimento de seleção de EPI. • Elaboração de poster relativamente ao uso de EPI, para anexar ao procedimento. • Discussão do procedimento com	Relatório de estágio nas CCIH. Dossier temático. Procedimento Geral de Seleção de EPI com poster alusivo ao seu uso.	K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

	Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora Enfermeiras da CCIH. • Elaboração de eventuais alterações. • Submissão do procedimento à aprovação das Enfermeiras da CCI. • Divulgação da atualização do procedimento de seleção de EPI, após aprovação do Serviço de Gestão da Qualidade e do Conselho de Administração.		
➢ Elaborar grelha de auditoria às práticas no âmbito da seleção e uso de EPI.	• Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de auditoria e processos de validação. • Construção do instrumento de auditoria e anexar ao procedimento. • Construção de um manual de utilização do instrumento de auditoria. • Reuniões com as Enfermeiras da CCIH, Enfermeira Orientadora e	Instrumento de auditoria à adesão na utilização de EPI e respetivo manual de utilização.	K.3.1- Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

	Enfermeira coorientadora, no sentido de auscultar as suas opiniões relativamente ao instrumento de auditoria. • Realização de eventuais alterações sugeridas ao instrumento de auditoria. • Submissão do documento à aprovação pelas Enfermeiras da CCIH. • Divulgação do instrumento de auditoria à adesão de seleção e uso de EPI, após aprovação pelo Conselho de Administração. • Realização de observações/auditorias à equipa de enfermagem, após teste do instrumento. • Realização de relatório de auditorias.	Relatório de auditorias.	
➢ Formar/treinar a	• Pesquisa bibliográfica sobre EPI.		K.3.1- Concebe um plano de

equipa de enfermagem na utilização de EPI.	• Calendarização e marcação de ação de formação sobre seleção e utilização de EPI padrão (bata/avental, luvas, máscara cirúrgica, óculos/ máscara com viseira). • Divulgação da formação através de cartaz. • Elaboração de slides de suporte à ação de formação. • Discussão de diapositivos com Enfermeira Orientadora e Coorientadora. • Elaboração de eventuais alterações. • Elaboração do plano da ação de formação. • Realização da ação de formação. • Avaliação da ação de formação.	Cartaz de divulgação da sessão de formação. Plano de sessão. Diapositivos de suporte à ação de formação. Avaliação da ação de formação.	prevenção e controlo da infeção para às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica K.3.2- Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Cronograma:

Cronograma de Atividades

Objetivo	Atividades	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
➢ Elaborar procedimento setorial sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a entubação e extubação endotraqueal.	• Pesquisa bibliográfica sobre entubação endotraqueal.										
	• Elaboração de procedimento										
	• Discussão do procedimento com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG.										
	• Elaboração de alterações sugeridas.										
	• Divulgação do procedimento em reuniões com equipa de enfermagem.										
➢ Atualizar tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.	• Pesquisa bibliográfica sobre incompatibilidades medicamentosas.										
	• Atualização de tabela de compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.										
	• Discussão da tabela com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG.										
	• Elaboração de alterações sugeridas.										
	• Divulgação da tabela compatibilidades de medicamentos administrados por via intravenosa.										

Elaborar cartaz com fluxograma de evacuação emergente de clientes do SUG.	• Pesquisa bibliográfica.										
	• Realização de estágio de observação no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do CHMST.								7,9, 15 e 18		
	• Elaboração do cartaz.										
	• Discussão do cartaz com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora e Enfermeira Coordenadora do SUG e Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente.										
	• Elaboração de alterações sugeridas.										
	• Envio do cartaz para o Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente e Gabinete de Comunicação e Imagem.										
	• Divulgação do cartaz, após aprovação pelo Gabinete de Comunicação e Imagem e Conselho de Administração.										

↳ Elaborar dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe / emergência.	• Pesquisa bibliográfica.										
	• Elaboração de Dossier temático sobre evacuação de clientes em situação de catástrofe/emergência.										
	• Discussão do dossier com Enfermeira Orientadora, Enfermeira Coorientadora, Enfermeira Coordenadora do SUG e Enfermeiro do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente.										
	• Elaboração de alterações sugeridas.										
	• Divulgação do dossier em reuniões com equipa de enfermagem.										

Orçamento:

Recursos Humanos: Não se preveem gastos adicionais.

Recursos Materiais. Prevê-se aproximadamente gasto de 40 € em material informático (tinteiro para impressora e resma de papel A4) para impressão de dossier temático, cartaz, procedimento e tabela de compatibilidades de medicamentos.

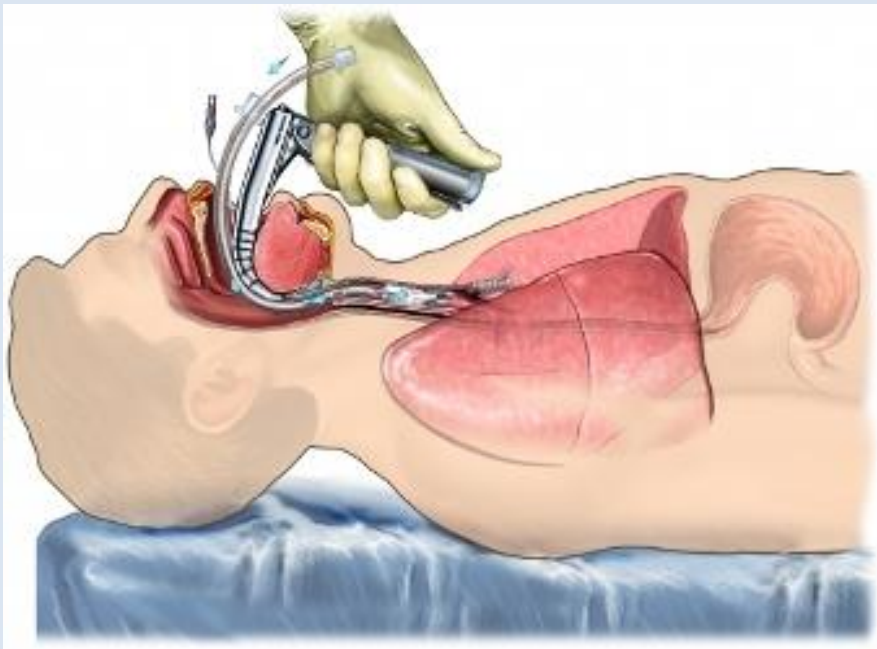
Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar

Previsão dos constrangimentos	Forma de os ultrapassar
Dificuldade em realizar as atividades definidas em tempo útil.	Gestão rigorosa do tempo.

Data___/____/ _____ Assinatura:________________________________

Docente:____________________________________

Apêndice 21

Procedimento Setorial Sobre Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação e Extubação Endo Traqueal

Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação/Extubação Endotraqueal

Elaborado por:

Maria Teresa Martins Cordeiro

(Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enfª N.R.

Profª: E. M.

Junho de 2012

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação/Extubação EndoTraqueal	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A			APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO

Uniformizar cuidados de enfermagem a prestar ao cliente submetido a entubação/extubação endotraqueal.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo- Hospital x

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Todos os enfermeiros de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo- Hospital x

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Mª Teresa Cordeiro

5. DEFINIÇÕES

Entubação endotraqueal – Introdução por via oral ou nasal de um tubo traqueal dentro da traqueia para manter a permeabilidade da via aérea, oxigenar, ventilar e prevenir a aspiração do conteúdo gástrico.[1]

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

EET – Entubação Endotraqueal

EOT – Entubação Oro traqueal

TET – Tubo Endotraqueal

TNT – Tubo Naso traqueal

7. REFERÊNCIAS

1. NUNES,F. – **Manual de Trauma**. 2ª Edição. Editado pela Sociedade Portuguesa de Trauma,2001.

2. PAULINO, C; ROJÃO,M.;TARECO,I. – **Técnicas e Procedimentos em Enfermagem**. 3ª Edição. Coimbra. Editora, FORMASAU Formação e Saúde Lda,2007, ISBN:978-972-8485-85-6.

3. CLINE, D. [et al.] – **Compêndio de Emergências Médicas.** Alfragide. Editora McGraw – Hill de Portugal, Lda,1998,ISBN:972-8298-49-8.

4. ANDRADE,M. – **Guias práticos de enfermagem: cuidados intensivos**. Rio de Janeiro. Editora McGraw – Hill,2002.

5. MASSADA,S. – **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa.** 1ª Edição. Porto. MEDISA – Edições e Divulgações Científicas, Lda,2002,ISBN: 972-9027-98-6.

6. GALLO, B.HUDAK,M. – **Cuidados Intensivos de Enfermagem. Uma abordagem holística**.6ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan,1997.

7. BARBOSA,P. – **Intubação Endotraqueal pressão do Cuff X complicações** [Consult. em 10 Jun. 2012]. Disponível em http://www.pedrokaran.com/artigos/22-intubacao-endotraqueal-pressao-do-cuff-x-complicacoes

8. SBP – **Dispositivos para vias aéreas e ventilação** [Em linha]. Sociedade Brasileira de Pediatria. [Consult. em 10 Jun. 2012]. Disponível em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?idcategoria =24&id_detalhe=560&tipo_detalhe=s

9. URDEN,L.;STACY,K.LOUGH,M. – **Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenções**. 5ª Edição. Loures. Editora Lusodidacta, 2008, ISBN:978-989-8075-08-6.

10. PHIPPS,W. [et al] – **Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica**. Loures.8ª Edição. Volume I. Editora Lusodidacta,2010, ISBN:978-989-8075-22-2.

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
Joint Commission International		

8. DESCRIÇÃO

8.1 – ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

A EET assegura eficazmente a permeabilidade da via aérea, facilita a ventilação permitindo o fornecimento de altas concentrações de oxigénio, diminui o risco de aspiração de conteúdo gástrico, permite a aspiração de secreções e a ventilação mecânica.[1] Está indicada em situações de cirurgia com anestesia geral, paragem cardiorrespiratória, traumatismo da cabeça, pescoço e tórax, deterioração cardiovascular, neurológica e pulmonar.[2]

Imagem 1 – Entubação Endotraqueal
Fonte: http://baixeprogramas.com/video-aula-de-intubacao-orotraqueal

O TET é habitualmente colocado por via oral, mas pode ser colocado por via nasal. A entubação naso traqueal está indicada em situações em que a laringoscopia é difícil[3] ou quando há patologia da boca e maxilares.[4-5] Não existe limite de tempo definido para manter a entubação endotraqueal, devendo este período ocorrer a partir da melhoria clínica

do cliente e quando não existir mais necessidade de manter a via aérea artificial. No entanto, se o cliente necessitar de entubação por mais de 21 dias, dever-se á proceder a traqueostomia.[6]

As complicações imediatas da EET podem ser: apneia secundária à inibição respiratória; broncospasmo; perda de peças dentárias; laceração da mucosa labial, da laringe e faringe; aspiração de sangue ou vómito durante o procedimento e impossibilidade de entubação. As complicações tardias podem ser: lesões da laringe, lesões irreversíveis das cordas vocais, infeção, oclusão do tubo por secreções, estenose da traqueia e traqueomalácia.[7]

8.1.1 – Orientações de Execução

Na entubação endotraqueal dever-se-á:

- Selecionar o calibre do TET dependendo da idade, estrutura física do cliente e da via de entubação. Para a EOT, em regra, devem-se usar tubos com os seguintes calibres:

Prematuro –	18 Meses – 4,0	6 Ano – 5,5	16 Anos – 7,0
Recém-	3 Anos – 4,5	8 Anos – 6,0	Adultos (Mulher) – 7,5
6 Meses – 3,5	5 Anos – 5,0	12 Anos – 6,5	Adultos (Homem) – 8,0

Quadro 1 – Calibres de TOT segundo a idade

Fonte: PAULINO, C.ROJÃO,M.;TARECO,I. – Técnicas e Procedimentos em Enfermagem. 3ª Edição. Coimbra. Editora, FORMASAU Formação e Saúde Lda,2007, ISBN:978-972-8485-85-6, pág.114.

Para a entubação naso traqueal devem-se usar tubos com calibre 0,5 abaixo dos referidos na tabela anterior.

Para as crianças com mais de 1 ano a estimativa do tamanho do tubo traqueal pode ser obtida através da seguinte equação: Tamanho do tubo traqueal (mm) = (idade em anos/4) + 4. Se for necessário um tubo traqueal com cuff será melhor utilizar uma ligeira modificação dessa fórmula para calcular o tamanho do tubo traqueal: Tamanho do tubo traqueal (mm) = (idade em anos/4) + 3.[8]

Para a entubação de adultos deve-se selecionar o tubo de calibre previsto e outro de calibre imediatamente inferior. Para as crianças selecionar o tubo de calibre previsto, um de calibre imediatamente inferior e outro superior. Os tubos para crianças com menos de 8

anos não devem ter cuff, para evitar lesões da mucosa da laringe e traqueia, dos 8 aos 12 anos poderão ter cuff ou não.

Imagem 2 – TET sem cuff
Fonte:http://baixeprogramas.com/video-aula-de-intubacao-orotraquealImagem

3 – TET com cuff
Fonte:http://catalogohospitalar.com.br/tubos-endotraqueais-intubacao-seletiva-sondas.htm

- Preparar material para EET, com ambu ligado a fonte de oxigénio a 100% e material de aspiração.
- Posicionar o cliente em decúbito dorsal com cabeça em hiperextensão, antes da entubação.
- Vigiar tensão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e saturação de oxigénio, antes e após entubação.
- Posicionar o cliente com cabeceira elevada acima do 30º, se não houver contraindicação, após entubação.[2]

8.1.1.1 – Entubação Oro traqueal

A EOT relativamente à ENT tem as seguintes vantagens e desvantagens.

Vantagens	**Desvantagens**
○ Mais fácil e mais rápida de executar ○ Evita complicações nasais e peri nasais, ○ Permite a passagem de tubos de maior calibre, ○ Facilita a aspiração de secreções, ○ O tubo dobra-se com menos facilidade que o TNT.[2]	○ O TOT é desconfortável para o cliente aumentando o risco de extubação acidental, ○ Dificulta a higiene da boca e orofaringe, ○ Pode estimular a salivação, contribuindo para a ineficácia da fixação, ○ Permite a acumulação de secreções por baixo do tubo, ○ Dificulta a comunicação, ○ Dificulta a deglutição.[2]

8.1.1.2 – Entubação Nasotraqueal

A ENT relativamente à EOT tem as seguintes vantagens e desvantagens:

Vantagens	Desvantagens
○ Diminui o desconforto e a ansiedade, ○ Facilita a higiene oral e da oro faringe, ○ A posição do tubo é mais estável permitindo maior atividade do cliente e havendo menor risco de extubação acidental, ○ Facilita a deglutição, ○ Facilita a comunicação através da utilização dos lábios, ○ Provoca menos danos na laringe e úlceras da glote do que o TOT.[2-3]	○ É mais difícil de executar, ○ Pode provocar epistaxis durante a entubação e secreções nasais purulentas, ao fim de alguns dias, ○ Aumenta a resistência á passagem do ar por necessidade de utilização de um tubo de menor calibre, ○ O tubo dobra-se com maior facilidade que o TOT, ○ Dificulta a aspiração de secreções.[2-3]

8.1.1.3 – Material e Equipamento

- ✓ Carro de urgência,
- ✓ Ambu com dispositivo de enriquecimento de oxigénio,
- ✓ Fonte de oxigénio com debitómetro regulável,
- ✓ Ventilador,
- ✓ TET,
- ✓ Laringoscópio com lâmina adequada ao cliente e outra de calibre imediatamente acima,
- ✓ Condutor de TET,
- ✓ Pinça de Maguil,
- ✓ Estetoscópio,
- ✓ Seringa de 10cc,
- ✓ Tubo de guedel,
- ✓ Adesivo, nastro,

Imagem 4 – Material para EET

Fonte:http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3677/5/Guia-de-uso-de-maletines-de-emergencia-en-centros-sanitarios-asistenciales-de-una-mutua-

- ✓ Luvas esterilizadas,
- ✓ Bata de uso único impermeável,
- ✓ Máscara com viseira,
- ✓ Material para aspiração,
  - Fonte de vácuo calibrado com manómetro regulável,
  - Água estéril e copo,
  - Sondas de aspiração (nº 14, se TET 6 a 7,5 e nº 16 se TET igual ou superior a 8),
  - Luvas não estéreis (aspiração em circuito fechado) ou esterilizadas individuais (aspiração em circuito aberto).
- ✓ Material para higiene oral,
  - Espátulas,
  - Clorhexidina Solução oral. [2-9]

8.1.3.2 – <u>Procedimento</u>

É composto por um conjunto de ações de enfermagem que visam a manutenção de uma boa oxigenação e prevenção de complicações respiratórias, durante todo o período de entubação endotraqueal do cliente.

Ações de Enfermagem	**Justificação**
1. Explicar o procedimento ao cliente, se possível.	1. Diminuir a ansiedade. Obter colaboração.
2. Proceder à higienização das mãos.	2. Prevenir infeção cruzada.
3. Monitorizar o traçado ECG.	3. Prevenir complicações.
4. Avaliar tensão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigénio.	4. Avaliar estado hemodinâmico do cliente.
5. Preparar e testar: laringoscópio, ambu, ventilador, material para aspiração de secreções, cuff do TET.	5. Economizar tempo. Prevenir complicações.

6. Posicionar o cliente em decúbito dorsal com cabeça em hiperextensão.	6. Facilitar a execução da técnica. Prevenir complicações.
7. Colocar luvas, bata e máscara com viseira.	7. Prevenir infeção cruzada.
8. Administrar terapêutica prescrita.	8.Prevenir complicações
9. Colaborar com o médico na entubação.	9. Facilitar a execução do procedimento.
10. Hiperventilar o cliente com ambu.	10. Diminuir hipoxemia. Prevenir complicações.
11. Insuflar o cuff, após entubação,	11. Permitir ventilação eficaz. Prevenir extubação acidental.
12. Auscultar campos pulmonares e região epigástrica,	12. Avaliar expansão pulmonar e localização do tubo.
13. Fixar o TET com adesivo ou nastro,	13. Prevenir extubação acidental. Prevenir deslocação do tubo.
14. Proceder à aspiração de secreções,	14. Prevenir complicações.
15. Conectar o cliente ao ventilador,	15. Permitir ventilação mecânica.
16. Avaliar coloração da pele e mucosas, tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de O2,	16. Avaliar o estado hemodinâmico do cliente. Prevenir complicações.
17. Reposicionar corretamente o cliente (com cabeceira elevada acima dos 30º), se a sua situação o permitir,	17. Proporcionar conforto. Facilitar ventilação.
18. Proceder à higiene oral,	18. Prevenir infeção. Proporcionar conforto.
19. Recolher material e equipamento utilizado, descartando para contentor apropriado o de uso único e colocando o restante para desinfeção,	19. Prevenir a contaminação do ambiente.
20. Proceder à higienização das mãos,	20. Prevenir infeção cruzada.
21. Providenciar a realização de Raio X do tórax.[2-9-10]	21. Visualizar posicionamento do tubo. Prevenir complicações. [2-9-10]

8.1.3.2.1 – Registos a efetuar

- Procedimento (data e hora),
- Reações do cliente,
- Nível e calibre do TET,
- Parâmetros de ventilação,
- Sinais vitais,
- Terapêutica administrada,
- Complicações.[2]

8.2 – EXTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

A extubação traqueal é efetuada quando já não é necessária a via aérea artificial, quando há substituição do TET ou quando é colocada cânula de traqueostomia.

A terapêutica depressora do centro respiratório tem que ser evitada ao iniciar-se o processo de "desmame" da ventilação mecânica. Mesmo que o processo de "desmame" decorra sem incidentes, na extubação o cliente pode entrar em insuficiência respiratória ou mesmo em paragem respiratória. As complicações da extubação são: rouquidão, edema laríngeo, laringospasmos, estridor, paralisia das cordas vocais, estenose da glote e formações granulomatosas [2-6]

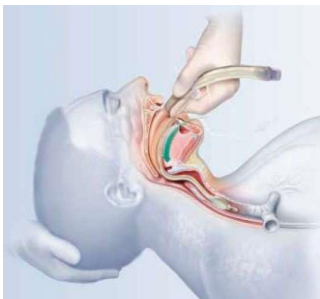



Imagem 7 – Extubação Endotraqueal

Fonte:http://crashingpatient.com/wp-content/images/part1/bailey%20maneuver.jpg

8.2.1 – Orientações de Execução

Na extubação endotraqueal dever-se á:

- Extubar o cliente (após aspiração de secreções), sob pressão positiva para que o primeiro movimento do cliente seja de expiração (com expulsão de secreções) e não de inspiração (com aspiração de secreções e risco de espasmo), para prevenir atelectasias.

- Vigiar sinais de exaustão respiratória como: adejo nasal, padrão respiratório costal superior, taqui ou bradipneia, alterações do estado de consciência (excitação e ansiedade ou prostração e sonolência), cianose periférica, sudorese.
- Colocar atmosfera húmida para fluidificar secreções.
- Avaliar frequência respiratória, saturação de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial de 15 em 15 min, vigiando também a amplitude respiratória e o nível de consciência do cliente.
- Interromper alimentação 4 horas antes da extubação endotraqueal e reiniciar, com alimentos líquidos, 4 a 6 horas após extubação (quando a função glótica está retomada).[2]

8.2.1.1 – Material e Equipamento

- ✓ Carro de urgência,
- ✓ Ambu,
- ✓ Estetoscópio,
- ✓ Fonte de oxigénio com debitómetro regulável,
- ✓ Luvas não estéreis,
- ✓ Bata de uso único impermeável,
- ✓ Máscara com viseira,
- ✓ Material para aspiração de secreções (Ver EET),
- ✓ Monitor com sensor de saturação periférica de oxigénio,
- ✓ Seringa de 10cc,
- ✓ Máscara ou óculos nasais.[2]

8.2.1.2 – Procedimento

É composto por um conjunto de ações de enfermagem que visam a manutenção de uma boa oxigenação e prevenção de complicações respiratórias, durante todo o período de desmame ventilatório e extubação endotraqueal do cliente.

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Entubação/Extubação EndoTraqueal	

Ações de Enfermagem	**Justificação**
1. Explicar o procedimento ao cliente e qual a colaboração que se pretende.	1. Diminuir ansiedade. Obter colaboração.
2. Proceder à higienização das mãos.	2. Prevenir infeção cruzada.
3. Monitorizar saturação de oxigénio, frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória.	3. Avaliar estado hemodinâmico do cliente.
4. Colocar luvas, bata e máscara com viseira.	4. Prevenir infeção cruzada.
5. Aspirar secreções pelo TET.	5. Manter permeabilidade das vias aéreas. Prevenir complicações.
6. Posicionar o doente em semi fowler ou fowler, se a sua situação o permitir.	6. Facilitar o trabalho do diafragma e a expansão pulmonar.
7. Administrar terapêutica prescrita (hidrocortisona)	7. Prevenir complicações (espasmo e edema da laringe).
8. Retirar ar do cuff do TET.	8. Evitar traumatismo da laringe.
9. Retirar fixação do TET	9. Facilitar a retirada do TET.
10. Retirar TET.	10. Promover ventilação eficaz.
11. Aspirar secreções a nível da orofaringe e fossas nasais,	11. Facilitar a remoção de secreções. Prevenir infeção.
12. Colocar oxigénio por máscara ou óculos nasais.	12. Manter boa oxigenação.
13. Estimular a respiração pausada e ampla.	13. Manter boa oxigenação. Prevenir complicações.
14. Informar o cliente que já pode falar pausadamente.	14. Diminuir a ansiedade.

Ações de Enfermagem	Justificação
15. Auscultar os campos pulmonares,	15. Despistar a existência de ruídos adventícios, aumento do tempo expiratório e diminuição ou ausência de murmúrio vesicular.
16. Providenciar atmosfera húmida	16. Facilitar a fluidificação de secreções.
17. Proceder à higienização das mãos.[2-6-9]	17. Prevenir infeção cruzada.[2]

8.2.1.2.1 – <u>Registos a efetuar</u>

- Procedimento (data, hora),
- Reações do cliente,
- Sinais vitais (com oximetria),
- Valores das gasimetrias arteriais,
- Características da respiração,
- Terapêutica administrada,
- Complicações.[2]

9. INDICADORES

Não se aplica

10. ANEXOS

Apêndice 22

Tabela de Compatibilidades de Medicamentos Administrados por Via Intravenosa

INCOMPATIBILIDADES/COMPATIBILIDADES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VIA INTRAVENOSA

Elaborado por:

Enf.ª Mª Teresa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E. M.

Julho 2012

ÍNDICE

1 – INCOMPATIBILIDADES MEDICAMENTOSAS

As incompatibilidades medicamentosas quando ocorrem são consideradas erro de medicação e o produto resultante pode afetar a eficácia e a segurança da terapia. A interação farmacológica ocorre quando um fármaco interfere com os outros, alterando o efeito esperado, podendo ser prejudicial à medida que causa aumento de riscos ao cliente[1.]

As incompatibilidades medicamentosas, caracterizam-se por ocorrerem *in vitro*, isto é antes da administração no organismo, quando misturados dois ou mais fármacos na mesma seringa, solução de perfusão ou outro recipiente. Devem-se a reações físico-químicas entre os medicamentos e acabam por resultar em diminuição da atividade dos fármacos originais, em inativação dos fármacos, em formação de novo composto ativo, (inócuo ou tóxico), em aumento da toxicidade dos fármacos envolvidos e em alterações organoléticas, evidenciadas por mudanças de cor, consistência, opalescência, turvação, formação de cristais, floculação e precipitação associadas ou não a mudança da atividade farmacológica[2.]

O erro de medicação é considerado como sendo qualquer evento evitável que pode causar dano ao cliente, ou dar lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos, quando estes estão sob o controle dos profissionais de saúde, do cliente ou do consumidor[1]

Resultados do *Harvard Medical Practice Study II* revelam que, as complicações relacionadas com o uso de medicamentos são o tipo de episódio adverso mais comum no internamento hospitalar (19% dos pacientes), sendo que 2 a 3% dos clientes hospitalizados experimentam reações provocadas especificamente por interações medicamentosas. Em unidades de tratamento intensivo, estudos revelam que potenciais interações medicamentosas possam ocorrer em 44,3% – 95% dos clientes. Algumas interações medicamentosas são de pequeno significado clínico, porém outras apresentam risco para o cliente. A gravidade das consequências de interações medicamentosas varia muito conforme o estado clínico do cliente[3.]

Os critérios de compatibilidade de medicamentos estão relacionados com compatibilidade física e estabilidade dos componentes pelo menos durante 24 horas. Os critérios de incompatibilidade estão relacionados com incompatibilidade física (turvação e alteração da cor) e decomposição de um ou mais componentes de uma fórmula endovenosa em mais do que 10% em 24 horas. As variáveis, surgem se pelo menos uma das seguintes

situações foi demonstrada: apresentação de informação contraditória em relação à compatibilidade ou incompatibilidade da combinação, caraterísticas de compatibilidade dependentes de determinadas condições[4.]

A atualização da tabela de compatibilidades de medicamentos, surge pela necessidade sentida pelos enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo – hospital x, de adquirir informação acerca dos medicamentos mais utilizados no serviço, pois cada vez mais são administradas vários medicamentos em simultâneo e muitas vezes pela mesma via. Após pesquisa bibliográfica, foi elaborada uma tabela com as compatibilidades na infusão de medicamentos, assim como a forma de administração/ diluição, indicações e efeitos secundários de cada medicamento que consta da tabela.

2 – INDICAÇÕES, DILUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO E EFEITOS SECUNDÁRIOS DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VIA INTRAVENOSA

Nome genérico / Apresentação	Indicações	Diluição/ Administração	Efeitos secundários
Adrenalina (Cloridrato) 1mg/ml – 1 ml IV/SC/I Car/IM.[5]	Shock anafilático, angioedema, bradicardia e paragem cardíaca.[6]	**IV –** Diluir 0,5 mg a 1 mg em 10 ml de cloreto de sódio a 0,9%. Administrar durante 2 a 3 min.[5-6] **Perfusão** – Diluir 2- 4 ml em 1000ml de cloreto de sódio a 0,9% Administrar gota a gota através de cateter venoso em veia de grande porte.	Ansiedade, agitação, irritabilidade, taquicardia, arritmias, náuseas, vómitos, hipertensão.[6]
Albumina Humana 20% 200mg/ml – 10 ml, 50ml, 100 ml IV – Perfusão.[5]	Síndrome hipoproteinémico e aproteinémico, shock cirúrgico e traumático, edema cerebral, cirrose hepática, síndromes nefróticos e queimaduras.[7]	**Perfusão** – velocidade de administração <1 – 2 ml/ min.[5]	São raros podendo surgir: Rubor, urticária, febre e náuseas, que desaparecem rapidamente, quando a velocidade de infusão é diminuída ou quando a infusão é interrompida.[7]
Amicacina (Sulfato) 250 mg/ ml – 2ml 125 mg/ml IV /IM.[5]	Tratamento de curta duração das infeções bacterianas, tais como: septicémia, infeções severas do aparelho respiratório, infeções do sistema nervoso central, infeções intra abdominais, infeções dos ossos, pele, tecidos moles e aparelho urinário.[8-9]	**Perfusão –** Diluir em 100 ml ou 200 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5% ou lactato de ringer. Administrar durante 30 – 60 min.[5]	Nefrotoxicidade, Oto toxicidade, erupção da pele, náuseas e vómitos, cefaleias, tremores, artralgias e hipotensão.[8]
Aminofilina 24 mg/ ml – 10 ml 200mg/ml – 2 ml IV.[5]	Asma brônquica, bronquite Aguda e crónica, insuficiência respiratória.[10]	**IV –** Administrar lentamente durante 5 – 10 min. **Perfusão –** Diluir doses <500 mg em 100- 200 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar num período> a 30 min.[5]	Vertigens, vómitos, palpitações e ansiedade.[10]

Nome genérico / Apresentação	Indicações	Diluição/ Administração	Efeitos secundários
Amiodarona (Cloridrato) 50 mg/ml – 3ml IV.[5]	Distúrbios graves do ritmo cardíaco, entre eles: taquicardia ventricular e supraventricular.[11]	**IV** – Diluir 150 – 300 mg em 20 ml de glicose a 5%. Administrar lentamente> 3 min. **Perfusão** – **Dose carga - Administrar** a dose de 5 mg/ Kg, diluída em 250 ml de glicose a 5%, durante 20-120 min. **Dose de manutenção –** Administrar 10-20 mg/kg, diluída em 250-500 ml de glicose a 5%, em 24 h.[5]	Bradicardia, pigmentação anormal da pele, reação inflamatória ao longo do trajeto da veia puncionada (flebite), hipotensão, obstipação.[11]
Amoxicilina (Sódica) + Ácido Clavulânico (Potássico) 500/50 mg(550mg) IV 1000/200 mg(1,2g) IV 2000/200mg(2,2g) IV – Perfusão.[5]	Tratamento de curta duração de : infeções do trato respiratório superior e inferior, infeções génito urinárias, da pele e tecidos moles, septicémia, sepsis intra abdominal e infeções pós cirúrgicas.[8]	**IV** – Administrar lentamente durante 3 – min. **Perfusão –** Diluir 550 mg em 50 ml, 1,2g e 2,2 g em 100 ml de cloreto de sódio a 0,9%. lactato de ringer. Administrar durante 30-60 min.[5]	Erupção cutânea, prurido, eritema multiforme, dermatite exfoliativa, diarreia náuseas e vómitos.[8]
Atropina (Sulfato) 1mg/ml – 1 ml 0,5 mg/ml – 1 ml IM/SC/IV.[5]	Bradicardia sinusal e intoxicações por inseticidas organofosforados.[12]	**IV** – Administrar lentamente> 1 min.[5]	Taquicardia, midríase, fotofobia, visão distorcida, cefaleias, sonolência, confusão mental, náuseas, vómitos, obstipação e retenção urinária.[12]
Bicarbonato de Sódio 84 mg/ml (8,4%) – 10 ml, 20 ml 1 mEq/ml Na^+ 1 mEq/ml HCO_3 14 mg/ml (1,4%) – frascos de 500 ml 84 mg/ml (8,4%) – frascos de 100 ml IV- Perfusão.[5-8]	Acidose metabólica, cetoacidose diabética, insuficiência renal e intoxicações por barbitúricos.[8-13]	**IV – Administrar** lentamente 0,5 mEq a 1 mEq/Kg durante 10 min. Diluir em cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5% **Perfusão –** Administrar durante 4-8 h.[14]	Náuseas, vómitos, Hipo calcemia, hipernatrémia e edemas por retenção de sódio.[13-14]
Claritromicina (Lactobionato) 500mg IV-Perfusão.[5]	Infeções graves do trato respiratório superior e inferior, infeções da pele e tecidos moles.[8-9]	**Perfusão** – Diluir em 250 ml de cloreto de sódio a 0.9%, glicose a 5%. Administrar durante 60 min.[5]	Náuseas, vómitos, dor abdominal, diarreia, cefaleias. Alteração do paladar, elevação transitória das enzimas hepáticas, prurido, flebite (veia puncionada).[8-9]

Nome genérico / Apresentação	Indicações	Diluição/ Administração	Efeitos secundários
Cloreto de Cálcio 10% 27,2 mg/ml – 1,36 mEq – 10 ml IV.[15]	Hipocalcémia.[15]	**Perfusão –** Diluir em 100 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar em> 30 min.[15]	Náuseas, obstipação**,** flebite (veia puncionada), síncope cardíaca.[15]
Cloreto de Potássio 74,5 mg/ml – 10 ml, 20 ml (7,45%) 1 mEq/ml K^+ 1 mEq/ml Cl^- 14,9 mg/ ml – 10 ml, 320 ml (14,9%) IV – Perfusão.	Hipocaliémia.[9]	**Perfusão** – Diluir em cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%, c/ velocidade de perfusão <a 20 mEq/h. **Não administrar sem diluição prévia.**[5]	Febre, flebite (veia puncionada). Em doses elevadas - paragem cardíaca.[9]
Diazepam 5 mg/ ml IM/IV.[5]	Sedação antes de procedimentos ou intervenções tais como: cardioversão, cateterismo cardíaco, endoscopias, pequenas cirurgias, com o objetivo de aliviar a ansiedade. Agitação motora e delirium tremens, estados convulsivos, espasmos musculares.[16]	**IV** – Administrar lentamente a uma velocidade de 0,5-1 ml/min. **Perfusão** – Diluir em glicose 5%, cloreto de sódio a 0,9% e lactato de ringer.[5]	Sonolência, alterações da memória, confusão, visão turva, vertigens, boca seca, náuseas, vómitos, bradicardia, colapso cardiovascular, depressão respiratória.[16]
Dinitrato de Isossorbido 1mg/ml – 10 ml, 50 ml IV/ perfusão.[5]	Angina pectoris (profilaxia e tratamento), insuficiência cardíaca congestiva.[9]	**Perfusão –** Diluir 50 ou 100 mg em 500 ml de cloreto de sódio a 0,9%, lactato de ringer, glicose a 5%. Administrar 10 a 100 ml/h. Pode ser administrado não diluído, através de dispositivo que permita o controlo da velocidade de perfusão. **O PVC** (cloreto de polivinilo) **pode absorver o Dinitrato de Isossorbido, levando a perda de atividade**. Recomenda-se o uso de materiais de polietileno e popipropileno[5]	Vasodilatação cutânea com eritema, cefaleias, náuseas, vómitos, vertigens, hipotensão.[9]
Dobutamina (Cloridrato) 12,5 MG/ML – 20 ml IV – perfusão.[5]	Insuficiência cardíaca aguda (enfarte agudo do miocárdio), shock cardiogénico, insuficiência cardíaca crónica, estado de hipo perfusão aguda pós trauma, cirurgia.	**Perfusão** – Diluir num volume mínimo de 50 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar através de um dispositivo que permita o controlo da velocidade de perfusão.[5]	Taquicardia, hipertensão, dor torácica, arritmias ventriculares, cefaleias, náuseas e vómitos.[17]

	Septicémia, hipovolémia.[17]		
Nome genérico / Apresentação	**Indicações**	**Diluição/ Administração**	**Efeitos secundários**
Dopamina (Cloridrato) 40 mg/ml – 5 ml IV – perfusão.[5]	Shock cardiogénico, shock hipovolémico ou hemorrágico, shock anafilático, shock séptico, com oligúria e hipotensão.[18-19]	**Perfusão** – Diluir a quantidade necessária em 250 ou 500 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar através de dispositivo que permita o controlo da velocidade de perfusão.[5]	Palpitações, hipertensão, cefaleias, náuseas, vómitos, dispneia.[18-19]
Fenitoina (Sódica) 50 mg/ml – 2 ml,5 ml	Crises convulsivas, tratamento da epilepsia.[20]	**IV –** administrar numa veia de grande calibre a velocidade <a 50 mg/ ml. Após a administração deve injetar-se cloreto de sódio a 0,9% para evitar a irritação venosa local devido à alcalinidade. **Perfusão –** Diluir em cloreto de sódio a 0,9% nas concentrações de 1 a 10 mg/ml. Administrar a velocidade <a 50 mg/min (dentro de 30 min).[5]	Depressão do sistema nervoso central, colapso cardiovascular, com hipotensão, vertigens, prurido, cefaleias, sonolência, nistagmo.[20]
Furosemida 10mg/ml – 2ml IM/IV.[5]	Hipertensão e edemas devido a distúrbios cardíacos, hepáticos renais e queimaduras. Insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda. Edema agudo do pulmão.[9]	**IV**- Administrar lentamente durante 1-2 min. **Perfusão** – Diluir em 100-500 ml de lactato de ringer, cloreto de sódio a 0,9 %, com velocidade de perfusão <a 4 mg/ min.[5]	Cefaleias, confusão, polidipsia, fraqueza muscular, dores musculares.[9]
Gluconato de Cálcio 10% 100mg/ml – 10 ml 0,5 m Eq/ml Gluconato 0,5 mEq/ml Ca^{+} IM/IV.	Hipo caliemia aguda.[21]	**IV –** Administrar lentamente numa veia de grande porte. **Perfusão –** Diluir na proporção de 1:10 em cloreto de sódio a 0,9%. Glicose a 5%. Velocidade de perfusão> a 50 mg/min.[5]	Hipercaliémia, alteração do paladar, vasodilatação periférica, poliúria, polidipsia, náuseas, vómitos hipertensão, desidratação, flebite (veia puncionada).[21]
Heparina (Sódica) 5000UI/ml – 5 ml SC/IV.[5]	Coagulação intravascular disseminada, trombo embolismo pulmonar, trombose venosa periférica.[22]	**IV –** Pode ser diluída ou não. A Diluição deve ser em 50-100 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose 5%.[21] **Perfusão contínua –** Administrar por bomba infusora em 500 /1000 ml cloreto de sódio a 0,9%,	Hemorragias e hematomas.[22]

		glicose a 5%.[5]	
Nome genérico / Apresentação	**Indicações**	**Diluição/ Administração**	**Efeitos secundários**
Insulina Humana Regular (Actrapid) Frasco-Ampola IM/SC/IV.[5]	Diabetes mellitus (estabilização inicial da diabetes, tratamento e ceto acidose diabética).[23]	**IV-** Direta. **Perfusão IV contínua –** Diluir em cloreto de sódio a 0.9%, lactato de ringer.[5]	Hipoglicémia, perturbações da visão. Mau estar gastro intestinal, rash cutâneo.[23]
Isoprenalina (Cloridrato) 0,1mg/ml;0,2mg/ml; 1mg/ml;2mg/ml;2mg/ 2ml IV.[25]	Bradicardia que não responde à atropina, bloqueio auriculo-ventricular sintomático.[25]	**IV** – Diluir em 10ml de glicose 5%, cloreto de sódio a 0,9%. **Perfusão –** Diluir em 500ml glicose 5%e ajustar o tempo de infusão com a frequência cardíaca.[24]	Cefaleias, insónia, palpitações, dor precordial, tremores , suores, rubor facial.[24-25]
Lidocaina (cloridrato) 10mg7ml – 2ml,5ml,20ml,50ml SC/IM/Intra raquidiana/IV.[5]	Arritmia ventricular, resultante de intoxicação digitálica, enfarte agudo do miocárdio, cateterismo cardíaco.[26]	**IV** – Administrar lentamente à velocidade de 25-50 mg/min. **Perfusão contínua** – Diluir em glicose a 5%. Administrar 2-4 mg/min com um dispositivo que permita o controlo da velocidade de perfusão.[5]	Confusão, tremor, hipotensão, visão turva, diplopia**.**[26]
Metoclopramida (Cloridrato) 5mg/ml – 2ml – IM/IV 20mg/ml – 5ml – IV.[5]	Distúrbios da motilidade gastrointestinal. Náuseas e vómitos de origem central e periférica.[27]	**IV-** Administrar durante 2 a 5 min. **Perfusão intermitente –** Diluir em 50-100 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose 5%, lactato ringer**.** Administrar durante 15-20 min. **Perfusão contínua –** Diluir **em** 500 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%, lactato de ringer. Administrar durante 8-12 h.[5]	Fadiga, sonolência, cefaleias, reações distónicas (paralisias), tremores (efeitos extra piramidais).[9]
Metronidazol 5mg/ml – 100ml,200ml IV – Perfusão.[5]	Profilaxia e tratamento de infeções causadas por bactérias anaeróbias**.**[28]	**Perfusão** – Administrar à velocidade aproximada de 5 ml/min. (100ml em 20-30 min.,200ml em 40-60min.)[5]	Epigastralgias, náuseas, vómitos, diarreia, alteração do paladar, muco site oral, anorexia, rash cutâneo, prurido, febre.[28]
Midazolam (Cloridrato) 5mg/ml – 3ml – IM/IV 5mg/ml –10 ml	Sedação pré cirúrgica ou prévia a procedimentos diagnósticos curtos	**IV –** Administrar lentamente: 1 mg/30 seg. **Perfusão continua –** Diluir	Diminuição da frequência respiratória, apneia, bradicardia. Pode ocorrer após

IV- perfusão.[5]	(broncofibroscopia. Gastroscopia, cistoscopia. Cateterismo cardíaco), coadjuvante da anestesia geral.[28]	em 100- 1000 de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%ml.[5]	sedação. Tremor muscular, irritabilidade, hipotensão, vómitos, confusão, sonolência prolongada.[28]
Nome genérico / Apresentação	**Indicações**	**Diluição/ Administração**	**Efeitos secundários**
Morfina (Cloridrato) 10mg/ml – 1 ml 20mg/ml – 2ml IM/IV/SC/IR.[5]	Analgésico sistémico utilizado para o alívio da dor que não responde a nenhum outro analgésico narcótico sistémico.[30]	**IV-** Administrar lentamente diluído em cloreto sódio a 0,9%. **Perfusão contínua –** Diluir em 50- 100ml de cloreto de sódio a 0,9%.[5]	Sedação, miose, depressão respiratória, cefaleias, rigidez muscular, prurido cutâneo, ansiedade, alucinações, vómitos.[30]
Noradrenalina (Bitartarato) 1mg/ml – 1ml IV – perfusão.[5]	Hipotensão aguda e grave em caso de enfarte agudo do miocárdio, septicémia, shock anafilático.[31]	**Perfusão –** Diluir 4 mg em250-1000ml de glicose a 5%, cloreto de sódio a 0,9%. Administrar em veia de grande calibre.[5-31]	Cefaleias, flebite (veia puncionada) e necrose quando há extravasamento, bradicardia. Arritmia.[31]
Pantoprazol (Sódico) 40mg – IV.[5]	Úlcera péptica gástrica e duodenal, esofagites de refluxo.[32]	**IV** – Administrar lentamente entre 2-5 min. **Perfusão** – Diluir em 100ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar durante 15 min.[5]	Dor abdominal, diarreia, obstipação, vómitos, náuseas, prurido, urticária.[32]
Propofol 10mg/ml – 20ml,50ml,100ml IV 20mg/ml – 10 ml,20 ml,50 ml,100 ml IV – perfusão.[5]	Indução e manutenção de anestesia geral em procedimentos cirúrgicos. Sedação de clientes ventilados.[33]	**Propofol a 1%** **IV** – Bolus. **Perfusão –** Diluir na proporção de 1:4 com glicose a 5%, cloreto de sódio a 0,9**%** Sem diluição, dever-se-á administrar com dispositivo que permita o controlo da velocidade de perfusão**.** **Propofol a 2%** Administrar sem diluir, usando seringa ou bomba volumétrica de perfusão**.**[5]	Dor no local de punção venosa, bradicardia, hipotensão.[33]
Sulfato de Magnésio Solução 10% - 10 ml IV Solução 50% - 10 ml – IM.[34]	Hipomagnesémia grave e persistente, convulsões associadas com eclampsia (toxemia gravídica).[34]	**IV –** Administrar cerca de 150 mg / min **Perfusão –** Diluir em 250 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose 5%. Administrar durante 1 a 3 h.[34]	Sudorese, rubor, hipotensão. Diminuição dos reflexos por bloqueio da transmissão neuromuscular, hipotermia, depressão respiratória, depressão do sistema nervoso central, colapso cardíaco, paragem

			cardíaca.[34]
Nome genérico / Apresentação	**Indicações**	**Diluição/ Administração**	**Efeitos secundários**
Vancomicina (Cloridrato) 500 mg, 1 g IV – perfusão.[5]	Infeções graves causadas por estafilococos resistentes à metilcina. Endocardite estafilocócica, septicémias, infeções ósseas, infeções do trato respiratório superior e inferior, infeções da pele.[35]	**Perfusão** – Diluir 500 mg em 100 ml, 1 g em 200 ml de cloreto de sódio a 0,9%, glicose a 5%. Administrar durante o tempo mínimo de 60 min., a velocidade de perfusão <a 10 mg/ min.[5]	Flebite (veia puncionada), insuficiência renal, erupção cutânea, urticária, shock anafilático, Oto toxicidade, nefrotoxicidade.[35]

3– TABELA DE COMPATIBILIDADES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VIA INTRAVENOSA

TABELA DE COMPATIBILIDADES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR VIA INTRAVENOSA

MEDICAMENTOS	Adrenalina	Albumina	Amicacina	Aminofilina	Amiodarona	Amox./Ác.Cla.	Atropina	Bicarb. Sódio	Claritromicina	Cloreto Cálcio	Clor. Potássio	Diazepam	Dinit. Isossorb	Dobutamina	Dopamina	Fenitoína	Furosemido	Glucon. Cálcio	Heparina	Lidocaína	Insulina Actr.	Isoprenalina	Metoclopramida	Metronidazol	Midazolam	Morfina	Noradrenalin.	Pantoprazole	Propofol	Sul. Magnésio	Vancomicina	NaCl 0,9%	Gluc 5% H_2O	Gluc 5% NaCl	Lactat Ringer
Adrenalina																																			
Albumina																																			
Amicacina																																			
Aminofilina							C	C							C		C		C				C			B			A						
Amiodarona																																			
Amoxac./Ác. Clav.																																			
Atropina				C				C						C	C		C		C	C			C		C	D			A	C					
Bicarbonato Sódio				C			C										C		C							B			A				C	C	
Claritromicina																																			
Cloreto Cálcio																																			
Cloreto Potássio																																			
Diazepam														B												D									
Dinitrato Isossorbido																																			
Dobutamina							C					B			C					B			B		C	C			A	B					
Dopamina				C			C							C					C	B			C		C	C			A						
Fenitoína																										A									
Furosemido				C			C	C											C	B						C			A	B					
Gluconato Cálcio																																			
Heparina				C			C	C							C		C						B			C			A	C					
Lidocaína							C							B	B		B									C			A						
Insulina Actrapid																																			
Isoprenalina																																			
Metoclopramida				C			C							B	C				B							C				B					
Metronidazol																																			
Midazolam							C							C	C											C			A						
Morfina				B			D	B				D		C	C	A	C		C	C			C		C					C					
Noradrenalina																																			
Pantoprazole																																			
Propofol				A			A	A						A	A		A		A	A					A					A					
Sulfato Magnésio							C							B			B		C				B			C			A						
Vancomicina																																			

	Compatível		Incompatível		Sem Informação	A	Compatível 1 h.
B	Compatível 3 h.	C	Compatível 4 h.	D	Compatível 48 h.		

Bibliografia: 36. CAYO.L. – Compatibility of Commonly Used Intravenous Drugs [Em linha]. **Independently Developed by Mcmahon Publishing. Pharmacy Practise News**. September 2011, [Consult. 14 Jun.2012]. Disponível em http://pharmacypracticenews.com/download/IV_drugs_ppn0911_WM.pdf

37. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO USP – Tabela de Incompatibilidades de Medicamentos. [Em linha] São Paulo [Consult. 15 Maio 2012]. Disponível em http://www2.hu.usp.br/tabela-de-incompatibilidade-de-medicamentos/.

4. TRISSEL,L. – **Guia de Bolso para Fármacos Injetáveis**.14ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2008,ISBN 978-85-363-13658.

38. TRISSEL,L. – **Handbook on injectable Drugs**. 14th Edition. Maryland-American Society of Helth System Pharmacists, 2007, ISBN 978-1-58528-150-3.

Elaborado por Enf.ª Mª Teresa Martins Cordeiro, *no âmbito do 1º CMEMC. IPS-ESS – Orientadora* Enf.ª N. R. – Professora E.M.

BIBLIOGRAFIA

1. MORAES [et al.] – Análise de Incompatibilidades de Medicamentos Intravenosos no Centro de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital de Clinicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, [Em linha], nº 32,Vol.1, 2011,p.31-38. ISSN 1983-5485. [Consult.15 Jun. 2012]. Disponível em http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/14733/11591.

2. GOMES, M. [et al.] – Ciências **farmacêuticas: uma abordagem hospitalar**. São Paulo. Atheneu, 2006.

3. HAMMES J. [et al.] – Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva,** nº 20, p. 349-54, 2008.

4. TRISSEL,L. – **Guia de Bolso para Fármacos Injetáveis**.14ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2008,ISBN 978-85-363-13658.

5. DINIS,A. – **Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica.** 3ª Edição. [S.I]. [S.n.], 2010, ISBN 978-989-96690-0-0.

6. INFARMED [Em linha] – **Medicação antialérgica / 10.3. Simpaticomiméticos / Adrenalina**. Prontuario.[Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.infarmed.pt/prontuario/navegavalores.php?id=1024&edcipt=1&flag=1

7. MEDICINANET [Em linha] – Albumina **Humana 20%,** [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/detalhes/359/apresentacoes_albumina_humana_20.htm

8. – PEREIRA,O. [et.al.] – **Índice Nacional Terapêutico**. Ano XXXIV, Nº 120. Lisboa. Tupam Editores, SA, 1º Semestre de 2012 (inverno/primavera),ISBN 978-972-8782-48-1.

9. FORMIFARMA – **Mapa Terapêutico**. Estoril. Guia da Saúde, Edição e Comunicação Audio – Visual, Lda, 2011, ISBN 978-989-97000-4-8.

10. REFERÊNCIAS COMPLETAS DE MEDICAMENTOS [Em linha] – Aminofilina**,** 2012, [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.bulas.med.br/bula/5717/aminofilina.htm#indica_ccedil__otilde_es

11. MEDICINANET [Em linha] – Amiodarona **injetável,** Setembro 2008, [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/8004/amiodarona8004injetavel.htm em

12. REFERÊNCIAS COMPLETAS DE MEDICAMENTOS [Em linha] – **Sulfato de Atropina,** 2012, [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.bulas.med.br/bula/4611/sulfato+de+atropina.htm

13. REFERÊNCIAS COMPLETAS DE MEDICAMENTOS [Em linha] – **Bicarbonato de Sódio**, 2012. [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.bulas.med.br/bula/2066/bicarbonato+de+sodio.htm

14. MEDICINANET [Em linha] – Bicarbonato **de Sódio**,2010. [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/3081/bicarbonato_de_sodio.htm

15. MEDICINANET [Em linha] – **Cloreto de Cálcio**, 2010. [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3387/cloreto_de_calcio.htm

16. MEDICINANET [Em linha] – **Diazepam**,2010. [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/detalhes/1885/reacoes_adversas_diazepam.htm

17. MEDICINANET [Em linha] – **Dobutamina**, [Consult.14 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/2015/dobutamina.htm

18. MEDICINANET [Em linha] – **Dopamina,** 2010. [Consult.16 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3439/dopamina.htm

19. CRISTÁLIA [Em linha] – **Cloridrato de dopamina,** [Consult.16 Jul.2012]. Disponível em http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM [25538-1-0].PDF

20. MEDICINANET [Em linha] – **Hidantina injetável**, 2010 [Consult.16 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/2706/hidantal_injetavel.htm

21. DIAGNOSIA [Em linha] – **Gluconato de cálcio 10%,** 2011. [Consult.16 Jul.2012]. Disponível em http://www.diagnosia.com/pt/droga/gluconato-de-calcio-labesfal-10-solucao-injectavel

22. MEDICINANET [Em linha] – **Heparina sódica**, 2010. [Consult.16 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3472/heparina.htm

23. NOVO NORDISK A/S [Em linha] – **Actrapid HM 100 ml/ml Penfill 3 ml**-Insulina humana soluble – solución inyectable.STDH. Março 2003. Disponível em http:// www.novonordisk.com.ar/Images/Productos/Actrapid%20HM%20Penfill%203ml.pdf

24. MEDICINANET [Em linha] – **Isoprenalina,** 2010. [Consult.17 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3490/isoprenalina.htm

25. INFARMED [Em linha] – **Cloridrato de isoprenalina**, folheto informativo: informação para o utilizador. Maio. 2009. Disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4677&tipo_doc=fi

26. MEDICINANET [Em linha] **– Lidocaína,** 2010. [Consult.17 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentosinjetaveis/3496/lidocaina_antiaritmico.htm

27. REFERÊNCIAS COMPLETAS DE MEDICAMENTOS [Em linha] – **Metoclopramida,** 2012. [Consult.17 Jul.2012]. Disponível em http://www.bulas.med.br/bula/4844/metoclopramida.htm

28. MEDICINANET [Em linha] – **Metronidazol injetável**,2008. [Consult.18 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/8250/metronidazol_inj.htm 8.

29. MEDICINANET [Em linha] – **Dormonid injetável** (Midazolam) [Consult.18 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/2062/dormonid_injetavel.htm

30. INFARMED [Em linha] – **Morfina**, folheto informativo: informação para o utilizador. Abril 2012. [Consult.18 Jul.2012]. Disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=41898&tipo_doc=fi

31. MEDICINANET [Em linha] – **Norepinefrina,** 2009. [Consult.18 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/8276/norepinefrina.htm

32. MEDICINANET [Em linha] – **Pantoprazol,** 2007. [Consult.20 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/bula/8288/pantoprazol_ev.htm

33. MEDICINANET [Em linha] – **Propofol,** 2010. [Consult.20 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3539/propofol.htm

34. MEDICINANET [Em linha] – **Sulfato de Magnésio**, 2010. [Consult.20 Jul.2012]. Disponível em http://www.medicinanet.com.br/conteudos/medicamentos-injetaveis/3556/sulfato_de_magnesio.htm

35. PORTAL EDUCAÇÃO [Em linha] – **Vancomicina**. Artigos de farmácia, 2010. [Consult.20 Jul.2012]. Disponível em http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/9593/Vancomicina

36. CAYO.L. – Compatibility of Commonly Used Intravenous Drugs [Em linha]. **Independently Developed by Mcmahon Publishing. Pharmacy Practise News**. September 2011, [Consult. 14 Jun.2012]. Disponível em http://pharmacypracticenews.com/download/IV_drugs_ppn0911_WM.pdf

37. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO USP – **Tabela de Incompatibilidades de Medicamentos**. [Em linha] São Paulo [Consult. 15 Maio 2012]. Disponível em http://www2.hu.usp.br/tabela-de-incompatibilidade-de-medicamentos/.

38. TRISSEL, L. – **Handbook on injectable Drugs**. 14th Edition. Maryland-American Society of Helth System Pharmacists, 2007, ISBN 978-1-58528-150-3.

Apêndice 23

Relatório de Estágio Opcional de Observação no GGRSD do CHMST

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio Opcional de Observação no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, EPE.

Elaborado por:

Mª Teresa da Costa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E. M.

MAIO

2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Setúbal, inserido na Unidade Curricular Enfermagem Médico- Cirúrgica II, foi realizado um estágio opcional de observação no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente (GGRSD) do Centro Hospitalar Margem Sul do Tejo, EPE (CHMST,EPE), sob a orientação do Enfermeiro J. F. N., com a duração de 24h (7, 9, 15 e 18 de Maio de 2012).

Este estágio surge na perspetiva de adquirir conhecimentos na área de emergência e catástrofe, de forma a adquirir a competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica ou Falência Orgânica K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi – vítima da conceção à ação. Considerámos de extrema importância efetuar este estágio na instituição em que desempenhamos funções, visto podermos aplicar na prática as diretrizes emanadas pelo GGRSD em situação de emergência e catástrofe.

Sendo assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer o funcionamento/dinâmica do GGRSD.
- Conhecer as funções do Enfermeiro do GGRSD.
- Conhecer o Plano de Emergência Interno e Externo do CHMST,EPE.
- Desenvolver competências na área da catástrofe e emergência, nomeadamente na identificação dos vários tipos de catástrofe e na sistematização das ações a desenvolver.

Este relatório pretende mostrar o observado e as competências adquiridas. Assim, após breve caracterização do GGRSD, será feita a descrição das atividades desenvolvidas e uma reflexão final.

1 – CARATERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE

A gestão de risco clínico e não clínico foi implementado no CHMST,EPE aquando do projeto de acreditação pela Joint Comission International com o objetivo de prestar cuidados de saúde com segurança e qualidade, promover a segurança de pessoas e bens, identificar, monitorizar e controlar os riscos e acontecimentos indesejáveis, sendo criado o Serviço de Gestão da Qualidade e Risco (SGQR).

O SGQR é um órgão de assessoria técnica do Conselho de Administração e tem como missão promover e coordenar atividades de melhoria contínua da qualidade e de gestão de risco, assim como os programas de acreditação e certificação, para além de colaborar com o grupo do Sistema Integrado de Gestão por Objetivos[1]

A gestão do programa de acreditação pela Joint Comission International é da responsabilidade do SGQR e envolve a articulação com as atividades acreditadoras, o apoio aos serviços no planeamento e implementação das ações corretivas decorrentes das auditorias e a preparação da visita das entidades acreditadoras. Este serviço é constituído por três núcleos, o da gestão documental (que reestrutura o sistema de gestão documental, adapta e atualiza os documentos produzidos pelo hospital, promove e elabora novos documentos da qualidade, divulga políticas e procedimentos e controla os manuais da qualidade), o de apoio ao Sistema Integrado de Gestão de Objetivos (que colabora anualmente na contratualização dos objetivos com os responsáveis dos serviços, monitoriza mensalmente os resultados obtidos, elabora relatórios mensais de avaliação dos serviços e efetua a avaliação de satisfação dos clientes externos e internos) e o de auditorias internas (que elabora e realiza o programa anual de auditorias internas com articulação com GGRSD e outras entidades, identifica e avalia continuamente os riscos clínicos, os seus fatores e medidas preventivas, faz a gestão do sistema do relato de incidentes, analisa as reclamações, colabora na implementação do Plano de Catástrofe Externo, realiza as auditorias clinicas e promove a formação na área de gestão do risco clínico e da auditoria clínica em articulação com o Centro de Educação e Formação). Este serviço articula-se com duas unidades tecnicamente autónomas, o Gabinete de Risco e o GGRSD[1].

O GGRSD é composto por dois enfermeiros, um a tempo inteiro e outro a tempo parcial (8h/semana). Em 2008, com a criação do GGRSD, iniciou-se o registo de incidentes de quedas em suporte de papel, havendo apenas um enfermeiro a tempo parcial. A partir de 2010, o gabinete foi reestruturado, ficando um enfermeiro a tempo inteiro e em 2011, inicia-se a aplicação informática de relato de incidentes nos serviços do CHMST,EPE, baseada na Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente[1]. Segundo esta Estrutura um ***incidente de segurança do doente*** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o cliente[2.]

Os incidentes a registar na plataforma informática são 16 e prendem-se com processo administrativo, processo assistencial/ procedimento clínico, documentação, queda do doente, úlceras de pressão, sangue e derivados, dispositivos/ equipamento médico, alimentação e dieta, infeção associada aos cuidados de saúde, medicação e fluidos intravenosos, comportamento, acidente do doente, gases medicinais, infraestruturas/ edifício/ instalações, gestão organizacional segurança geral e outros. Sempre que ocorre um incidente deve ser registado pelos enfermeiros dos serviços e posteriormente é avaliado pelo enfermeiro do GGRSD e por um perito da área do incidente, que dão resolução com recomendações e propostas e é fechado o incidente (mitigação do incidente), enviando-se o resultado para o Chefe/Coordenador de Enfermagem e Diretor do serviço. É de referir que em 2011 houve registo de 264 incidentes e até Maio de 2012 houve 213 registos, demonstrando-se assim que há cada vez mais adesão ao registo de incidentes, o que tem a ver com a formação e sensibilização para a melhoria contínua dos cuidados prestados, efetuadas pelo GGRSD.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros do GGRSD, são:

- ✓ Identificação e avaliação do risco geral, as suas causas e propostas de medidas preventivas.
- ✓ Implementação do sistema de relato de incidentes, sua investigação e seguimento.
- ✓ Análise de reclamações e de queixas permitindo a identificação precoce de riscos não clínicos.
- ✓ Elaboração de relatório semestral da atividade desenvolvida para o Conselho de Administração.
- ✓ Implementação do Plano de Emergência Interno.

- ✓ Promoção de formação na área de gestão do risco geral em articulação com o Centro de Educação e Formação[2].

2 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de estágio para além de nos ser dada informação detalhada da forma de funcionamento e dinâmica do GGRSD, foi possível efetuar pesquisa bibliográfica de documentos sobre gestão do risco e segurança do doente e Plano de Emergência Interno, tendo acesso a alguma legislação.

Na área do Plano de Emergência Interno, foi de particular importância a reflexão conjunta com o enfermeiro responsável acerca de evacuação de clientes em situação emergente do serviço de urgência. Recolhemos assim subsídios para a concretização dos objetivos definidos no PAC, na área da catástrofe e ou emergência. Relativamente ao Plano de Emergência Externo, foi-nos informado que há um grupo de trabalho constituído para o elaborar.

É de salientar ainda que assistimos a ação de formação realizada pelo enfermeiro responsável do GGRSD, no serviço de cirurgia sobre a aplicação da plataforma de registo de incidentes. Observámos também a análise dos incidentes críticos, apercebendo-nos das propostas de melhoria recomendadas e do procedimento de retorno de informação ao Enfermeiro Chefe/ Coordenador e Diretor de serviço, para que possam ser tomadas medidas para minimizar os riscos e contribuir para a segurança do doente e melhoria contínua dos cuidados prestados.

Apercebemo-nos que a gestão do risco contribui para a consciencialização dos profissionais sobre a existência dos riscos e para a responsabilização individual e coletiva na gestão e controlo das causas, desenvolvendo sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras.

3 – CONCLUSÃO

Neste relatório, tentou-se descrever o que vivenciámos no estágio de observação no GGRSD do CHMST,EPE. Globalmente, avaliamos esta experiência como positiva e enriquecedora, no sentido de que nos abriu novos horizontes acerca da análise do risco não clínico e da atuação em situação de catástrofe ou emergência baseada na análise do Plano de Emergência Interno, sendo assim os aportes adquiridos irão constituir mais uma ferramenta importante no percurso definido para o projeto de aprendizagem clínica.

Constatámos também que as funções desempenhadas pelo enfermeiro no GGRSD, estão de acordo com o definido para as comissões de gestão de risco, no entanto ainda se está numa fase de consciencialização dos enfermeiros para a importância da sua existência, nomeadamente no que concerne ao registo de incidentes com a repercussão que poderá ter em termos de cuidados mais seguros, havendo um caminho longo a percorrer.

É de referir que não foi possível conhecer o Plano de Emergência Externo, visto ainda não estar elaborado.

Esta experiência de aprendizagem permitiu desenvolver capacidades no domínio das competências gerais do enfermeiro especialista e das específicas (K2) do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica ou falência orgânica.

Ao percurso formativo com aprendizagem, está associado a reflexão, onde se deve identificar o que se adquiriu e confrontá-lo com o que se possui, só assim se aprende verdadeiramente. Pensamos assim, que este estágio contribuiu para esta aprendizagem tão importante para alcançar boas práticas nos cuidados prestados no nosso contexto de trabalho/estágio.

REFERÊNCIAS

ELETRÓNICAS

1. CHBM. Portal Interno – **Visão, valores e missão do Serviço de Gestão da Qualidade e Risco.** 2008. [Consult. 10 Maio de 2012]. Disponível em http.//Intranet/portalinterno/index.php?option=com_content&view=article& id=336&I.

2. PORTUGAL – Direção Geral de Saúde – Estrutura Concetual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório Técnico**. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. 30 Maio 2012]. Disponível em http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521.

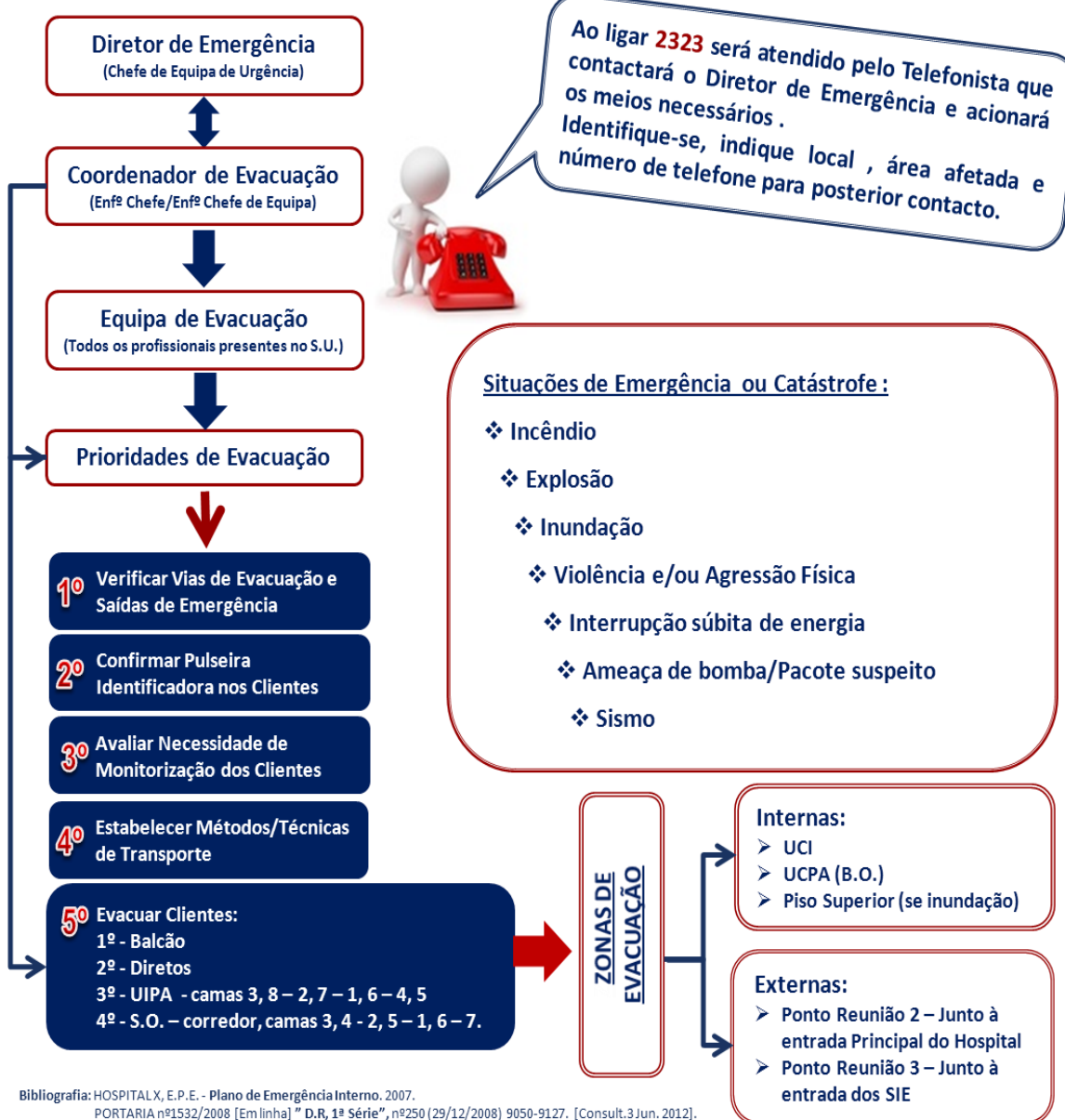
Apêndice 24

Cartaz com Fluxograma de Evacuação Emergente de Clientes do SUG

FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO EMERGENTE DE CLIENTES

Serviço de Urgência – Unidade X

PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO

Em situação de emergência ligue 2323

Bibliografia: HOSPITAL X, E.P.E. - **Plano de Emergência Interno.** 2007.
PORTARIA nº1532/2008 [Em linha] **" D.R, 1ª Série",** nº250 (29/12/2008) 9050-9127. [Consult.3 Jun. 2012].
Disponível em http://dre.pt/pdf1sdip/2008/12/25000/0905009127.pdf

Elaborado por Enf.ª Mª Teresa Martins Cordeiro, *no âmbito do 1º CMEMC. IPS-ESS* – Orientadora Enf.ª N.R. – Professora E.M.

Apêndice 25

Dossier Temático Sobre Evacuação de Clientes em Situação de Catástrofe/Emergência

DOSSIER TEMÁTICO

Evacuação de Clientes em Situação de Catástrofe/Emergência

Elaborado por:

Enf.ª Mª Teresa Martins Cordeiro

Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Orientadora: Enf.ª N. R.

Professora: E.M.

JUNHO 2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

As catástrofes/emergências são acontecimentos, em geral, inevitáveis e imprevisíveis, mas a sua raridade não deve ser minimizada relativamente à possibilidade de ocorrência. São situações que provocam grande caos e confusão, sendo necessário planificação no sentido de salvar vidas humanas (Alves, et al., 1999).

Neste contexto surgem os planos de emergência externos e internos dos hospitais, que contemplam vários aspetos desde a caraterização da instituição, os fatores de risco, a organização da segurança em emergência, a gestão da emergência, o plano de evacuação e de comunicações. Os objetivos do plano de emergência são minimizar os danos sobre os clientes, pessoal e instalações, até à chegada de socorros externos e colaborar com estes a partir dessa altura. Cada um dos trabalhadores tem uma atuação específica que por sua vez se engloba num conjunto de ações coordenadas por uma série de equipas e responsáveis (Op. Cit.,1999). Deve-se ter em conta que todos os trabalhadores estão obrigados a participar nos planos de emergência do seu local de trabalho (Lei nº27/2008 Lei de bases da Proteção Civil, de 3 de Julho, Artigo 6º).

É de salientar que na elaboração de um plano de emergência interno, devem intervir entidades, organismos ou instituições locais com especial responsabilidade na resolução do sinistro, nomeadamente a Proteção Civil (Op. Cit., 1999).

O plano de emergência interno, é um conjunto de normas e regras que devem ser dinâmicas e atualizadas consoante a experiência e os resultados obtidos pelas ações implementadas. As ações implementadas visam a limitação das consequências de vários sinistros, tais como: incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e incidente de violência/ distúrbios (CHMST, 2007).

Um dos aspetos essenciais no plano de emergência é a evacuação de clientes e cada área do hospital deve ter o seu próprio plano de evacuação, com vias de evacuação determinadas. A evacuação deve ser rápida e eficaz, devem ser privilegiados os caminhos horizontais de evacuação, sendo os caminhos verticais apenas utilizados como solução de recurso. Os caminhos de evacuação devem estar total e permanentemente desobstruídos, de modo a permitir a evacuação segura e o mais rápido possível. É então, necessário ter sinalização de segurança e iluminação de emergência para reconhecimento de obstáculos e

indicação de percursos, para além das plantas de emergência que indicam as vias de evacuação, os meios de extinção de fogos e os pontos de reunião exterior (Op. Cit.,1999).

O plano de evacuação contempla um diretor de emergência, coordenador de emergência, equipas de evacuação, estabelecendo-se prioridades na evacuação consoante a dependência e gravidade do estado clínico do cliente e um plano de comunicação entre a central telefónica através do número de emergência que no CHMST,EPE é **2323** e telemóveis ou bips (CHMST, 2007).

Este dossier temático pretende sensibilizar os enfermeiros para a problemática da evacuação de clientes em situação emergente, sendo composto por documentos que foram digitalizados, tais como legislação relacionada com os planos de emergência e regulamentos de segurança, aspetos de evacuação de acordo com o plano de emergência interno e pela proposta de fluxograma de evacuação de clientes do serviço de urgência. Destina-se à consulta pelos profissionais do SUG do CHMST - hospital x de forma a colmatar dúvidas existentes na evacuação de clientes.

1 – EVACUAÇÃO DE CLIENTES EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE/ EMERGÊNCIA

A evacuação total de um hospital é muito difícil e improvável, mas pode vir a ser necessária, então é obrigatório tê-la planeado. As evacuações parciais ou de transferência para serviços de refúgio são mais fáceis e cada serviço do hospital deve ter o seu plano. Para que a evacuação seja eficaz deve ser ordenada e devem-se seguir as vias de evacuação previamente definidas. As distâncias a percorrer até um serviço de refúgio ou o exterior devem ser as mínimas possíveis e devem ser privilegiadas as vias horizontais, sendo as verticais utilizadas apenas como solução de recurso ou em caso de inundação (Alves, et al.,1999).

Por princípio devem existir caminhos alternativos de evacuação, havendo assim a hipótese de utilização de um deles se o outro não oferecer condições de segurança devido ao sinistro. As portas situadas nos caminhos de evacuação devem ser de abertura fácil e imediata em caso de emergência. Os caminhos de emergência devem ser devidamente sinalizados e com iluminação de emergência.

As pessoas responsáveis pela evacuação são os profissionais da área afetada e deverão manter-se no local, até receberem ordens do **Diretor de Emergência** (**Chefe de Equipa de Urgência**) ou **Coordenador de Emergência** (**Enfº Chefe/ Enfº Chefe de Equipa**) para iniciar a evacuação. As **equipas de evacuação A,** têm como funções evitar que o pânico se instale, assegurar a evacuação total e ordenada de todo o pessoal não essencial e do público presente nos serviços, assegurar que o alarme foi entendido por todos os ocupantes da área afetada, verificar que todos os ocupantes foram evacuados e que não regressam à zona evacuada, dirigir os ocupantes para as vias de evacuação, indicando os pontos de reunião mais próximos, para além de prestarem todo o apoio necessário à equipa de evacuação B, na evacuação de clientes com limitações de mobilidade, reportando todas as informações ao Coordenador de Evacuação. As **equipas de evacuação B** são constituídas por todo o pessoal prestador de cuidados de saúde, tendo como chefe de equipa o Coordenador de Evacuação. A função destas equipas é assegurar a evacuação de clientes internados que não se mobilizem autonomamente ou que estejam sujeitos a tratamento que condicione as suas capacidades de perceção e reação a um

alarme. Em função da sua incapacidade decidem qual a técnica/meio de transferência dos clientes (CHMST, 2007).

O método de transferência nos clientes que não se mobilizam por si só deve ser horizontal (cama/maca) ou então por **transferência vertical**:

- **Método de levantamento** que consiste no transporte do cliente sem nenhum meio auxiliar. É realizado por uma ou duas pessoas, sendo o método mais rápido e que requer menos esforço, mas que é empregue nos clientes com alguma mobilidade e que sejam pouco pesados (Op. Cit.,1999).

Fig 1 – Métodos de levantamento

Fonte: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de Santo António dos Capuchos) - Normas de Evacuação.

- **Método de arraste direto** que consiste na transferência de clientes utilizando um meio auxiliar como por exemplo um cobertor ou um lençol. Este método é o recomendado quando existe grande quantidade de fumo, Requer mais esforço físico e um treino prévio do pessoal (Op. Cit.,1999)

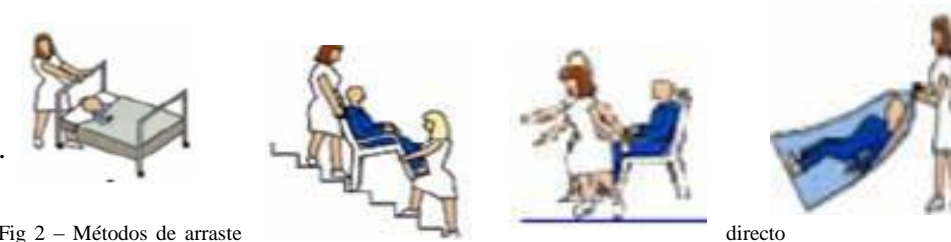



Fig 2 – Métodos de arraste directo

Fonte: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital de Santo António dos Capuchos) - Normas de Evacuação.

Cada serviço deve definir previamente qual o método a utilizar, tendo em atenção o tipo de clientes com avaliação do estado clínico, a via de evacuação a seguir e a distância a percorrer.

A evacuação deve-se iniciar pelos clientes que consigam deslocar-se pelos seus próprios meios, posteriormente pelos clientes que não se desloquem por si próprios e que estejam mais afastados da zona de saída e finalmente pelos acamados que estejam mais

próximos da zona de saída. Um dos aspetos importantes na preparação da evacuação é a verificação da presença de pulseira identificadora nos clientes.

Os clientes devem ser evacuados para serviços de refúgio ou se possível para os pontos de reunião existentes no exterior, que no caso do **Serviço de Urgência – Hospital x** do CHMST, EPE são:

- **Ponto de Reunião (PR) 2** (preferencialmente**) junto ao parque de estacionamento de funcionários/Portaria Principal** e como alternativa;
- **(PR) 3, área ajardinada junto ao limite noroeste do hospital, junto à entrada do SIE**.

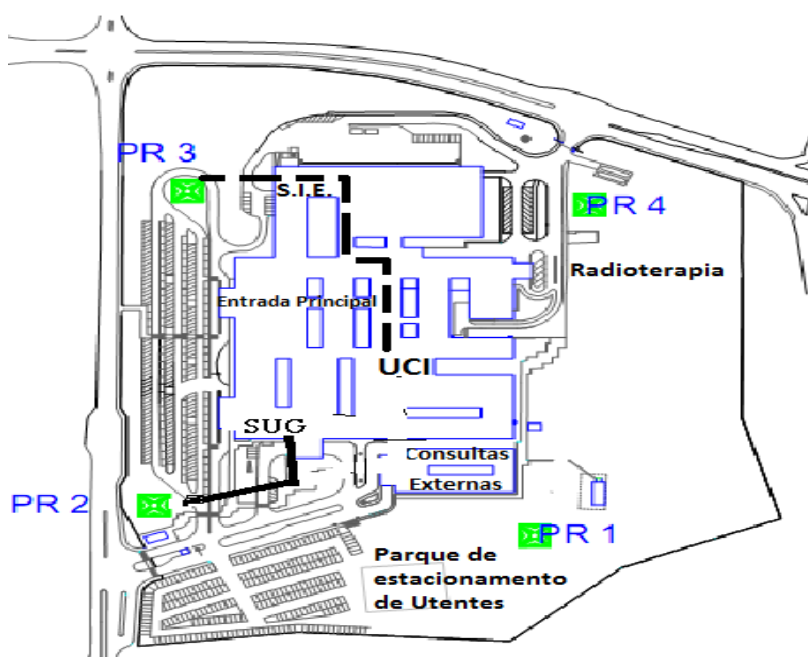



Figura 3: Pontos de Reunião do CHMST (Hospital x)
Fonte: PEI CHMST (2007)

O Coordenador de Evacuação, tem autonomia para iniciar a evacuação, sempre que o contacto com o Diretor de Emergência, seja impossível em tempo útil. Deve no entanto reportar-lhe toda a informação, assim que possível, no sentido de que possa tomar decisões relativamente à emergência, no que respeita à declaração de emergência, solicitação de apoios de socorro externos (Bombeiros, Proteção Civil, Forças Policiais, Unidades de Saúde mais próximas), evacuação parcial ou geral dos serviços afetados, evacuação geral do hospital ou declarar o fim da emergência.

É de referenciar também o papel importante do plano de comunicações, no processo de evacuação de clientes. Em caso de emergência deve-se contactar a central telefónica, através da **linha de emergência interna 2323,** no caso de falha da central,

nomeiam-se mensageiros que percorrem as instalações e transmitem mensagens aos intervenientes na gestão da emergência.

Todos os profissionais do hospital têm o dever de:

- ✓ Estar informados acerca do risco geral e particular nas várias área de funcionamento,
- ✓ Conhecer e cumprir as Instruções Gerais de Segurança (relativamente a incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e incidente de violência/ distúrbios).
- ✓ Informar o Chefe de Intervenção (responsável pela manutenção das condições de segurança em todo o hospital), sobre qualquer anomalia que possa provocar um sinistro ou comprometer a segurança da evacuação (obstrução caminhos de evacuação, equipamento de proteção (extintores, bocas de incêndio ou botões manuais de alarme) em mau estado de conservação, equipamentos e condutores elétricos em mau estado de conservação, danos nas redes de distribuição de produtos gasosos ou líquidos).
- ✓ Contribuir para manter os caminhos de evacuação desobstruídos e em condições de segurança adequadas.
- ✓ **Conhecer o plano de evacuação do hospital.**
- ✓ Conhecer a localização de escadas, extintores de incêndio, bocas-de-incêndio e pontos de reunião.
- ✓ Conhecer os membros das diferentes equipas de emergência da área de trabalho
- ✓ Emitir de imediato o alarme por telefone **2323,** em caso de sinistro, indicando local e área afetada. (CHMST, 2007).

1.1 – PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO DO CHMST, EPE

Informação Bibliográfica

Título: Plano de Emergência Interno

Autor: CHMST (SUCH/ITSEMAP)

Editor: CHMST

Data: Julho, 2007

Pág: 1-85

Resumo: Este plano sistematiza os órgãos componentes e as ações a desenvolver pelos diversos intervenientes quando surgem situações de emergência/catástrofe no CHMST,EPE, designadamente no que respeita a incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e incidentes de violência/distúrbios. Desta forma dá a conhecer os riscos potenciais existentes, planifica as ações a desenvolver, dá ênfase ao treino do pessoal interveniente na emergência para uma intervenção mais rápida e eficiente e identifica os meios complementares a acionar, levando assim à salvaguarda de vidas humanas, valores e bens existentes.

2 – LEGISLAÇÃO SOBRE PLANOS DE EMERGÊNCIA E REGULAMENTOS DE SEGURANÇA

2.1 – LEI nº 27/2006 – LEI DE BASES DA PROTEÇÃO CIVIL

Informação Bibliográfica

Título: Lei de Bases da Proteção Civil

Autor: Assembleia da República Portuguesa

Edição: 1ª Série, nº 126

Editor: Diário da República

Cidade: Lisboa

Data: 3 de Julho de 2006

Pág.: 4696 - 4706

Resumo: Esta Lei aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, definindo objetivos e princípios; orientações sobre alerta, contingência e calamidade; enquadramento, coordenação, direção e execução da política de Proteção Civil (onde se refere as diretrizes para os planos de emergências nacionais, distritais e municipais); estrutura e operações (SIOPS- Sistema Integrado de Operações de Pronto Socorro) e colaboração das Forças Armadas com a Proteção Civil.

2.2 – DECRETO- LEI nº 134/2006 – SISTEMA INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE PROTEÇÃO E SOCORRO (SIOPS)

Informação Bibliográfica

Título: Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro

Autor: Ministério da Administração Interna

Edição: 1ª Série, nº 142

Editor: Diário da República

Cidade: Lisboa

Data: **25** de Julho de 2006

Pág.: 5231-5237

Resumo: Este Decreto-Lei, define o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, que é um conjunto de estruturas, normas e procedimentos que assegura que todos os agentes de proteção civil atuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único e visa responder a situações de iminência ou de ocorrência de acidente grave ou catástrofe. Fala ainda sobre a coordenação do SIOPS a nível nacional (Centro de Coordenação de Operações Nacional) e a nível distrital (Centro de Coordenação de Operações Distrital) e do Comando Nacional de Operações de Socorro (CNOS).

2.3 – DECRETO – LEI nº 75/2007 – MODELO DE ORGANIZAÇÂO DA ANPC

<u>Informação Bibliográfica</u>

Título: Modelo de Organização da ANPC

Autor: Ministério da Administração Interna

Edição: 1ª Série, nº63

Editor: Diário da República

Cidade: Lisboa

Data: 29 de Março de 2007

Pág.: 1834-1839

Resumo: O Decreto-Lei nº 75/2007, concerne à Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) um novo modelo de organização que assegura o exercício eficiente e oportuno das suas atribuições, no âmbito da previsão e gestão de risco, da atividade de proteção e socorro, das atividades dos bombeiros e no planeamento da emergência. Define assim a missão, órgãos, organização, recursos humanos e gestão.

2.4 – DIRETIVA RELATIVA AOS CRITÉRIOS E NORMAS TÉCNICAS PARA ELABORAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE PLANOS DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL

<u>Informação Bibliográfica</u>

Título: Diretiva Relativa aos Critérios e Normas Técnicas para Elaboração e Operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil
Autor: Comissão Nacional de Proteção Civil
Edição: 2ª Série, nº 138
Editor: Diário da República
Cidade: Lisboa
Data: 18 de Julho de 2008
Pág.: 31950-31952
Resumo: Esta diretiva, define as orientações relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas a considerar em operações de proteção civil, levando a boas práticas na elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil. Normaliza as estruturas e os conteúdos dos planos de emergência, agilizando o seu processo de elaboração, revisão, aprovação e introdução de mecanismos de verificação periódica da sua eficácia.

2.5 – DECRETO – LEI nº409/98 – REGULAMENTO DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS EM EDIFÍCIOS DE TIPO HOSPITALAR

Informação Bibliográfica

Título: Regulamento de Segurança contra Incêndio em Edifícios de Tipo Hospitalar
Autor: Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território
Edição: I SÉRIE-A, nº 295
Editor: Diário da República
Cidade: Lisboa
Data: 23 de Dezembro de 1998
Pág.: 7100-7132
Resumo: Este regulamento define as condições de acesso aos edifícios hospitalares, critérios de segurança relativamente à construção com elementos resistentes ao fogo, medidas de isolamento e proteção no interior e exterior dos edifícios, proteção das vias de evacuação, isolamento de canalizações e condutas, acabamentos, mobiliário e decoração. Para além disto, aborda a conceção de espaços interiores, nomeadamente, largura e número

de portas de saída, acessibilidade das saídas, locais de risco, caminhos horizontais e verticais de evacuação, instalações técnicas e meios de extinção de fogo.

3 – FLUXOGRAMA DE EVACUAÇÃO EMERGENTE DE CLIENTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHMST – UNIDADE X

Informação Bibliográfica

Título: Fluxograma de Evacuação Emergente de clientes do Serviço de Urgência do CHMST, EPE-hospital x

Autor: Cordeiro, M.T.

Edição:

Editora:

Cidade:

Data: Julho de 2012

Pág.:1

Resumo: Este fluxograma tem por objetivo informar os profissionais que exercem funções no serviço de urgência, da hierarquia de funções e prioridades na evacuação emergente dos clientes em situações de sinistro por incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba/pacote suspeito, corte total de energia, inundação e incidente de violência/ distúrbios. Assim como do número de emergência interno.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ALVES,A.; REDONDO, J. – **Plano de Emergência Hospitalar**. Comissão de Planeamento da Saúde – INEM, Fevereiro de 1999.

CHMST – **Plano de Emergência Interno.** Julho de 2007.

ELETRÓNICAS

PORTUGAL. Assembleia da República – Lei nº27/2006 [Em linha] **"D.R, 1ª Série"**, nº126 (03-07-2006) 4696-4706. Lei de Bases da Proteção Civil. [Consult.20 Jun. 2012]. Disponível em http://www.cmporto.pt/users/1/116/LeideBasesdeProtCivil33743Civil_3374314dc5077cef1b72d31585c1f1ad.pdf

PORTARIA nº1532/2008 [Em linha] **"D.R, 1ª Série",** nº250 (29/12/2008) 9050-9127. [Consult.3 Jun. 2012]. Disponível em http://dre.pt/pdf1sdip/2008/12/25000/0905009127.pdf

PORTUGAL. Comissão Nacional de Proteção Civil – Diretiva Relativa aos Critérios e Normas Técnicas para Elaboração e Operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil [Em linha] **"D.R, 2ª Série",** nº 138 (18-07-2008) 31950-31952. [Consult. 30 Maio 2012]. Disponível em http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Res.%20CNPC%20n%C2%BA%2025-2008.pdf

PORTUGAL. Ministério da Administração Interna – Decreto – Lei nº134/2006 [Em linha] **"D.R, 1ª Série",** nº142 (25-07-2006) 5231-5237. Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro. [Consult.20 Jun. 2012]. Disponível em http://www.prociv.pt/Legislacao/Documents/DL%20134-%202006-SIOPS.pdf

PORTUGAL. Ministério da Administração Interna – Decreto – Lei nº 75/2007 [Em linha] **"D.R, 1ª Série",** nº63 (29-03-2007) 1834-1839. Modelo de Organização da ANCP. [Consult.30 Maio 2012]. Disponível em http://dre.pt/pdf1sdip/2007/03/06300/1834 1839.PDF

PORTUGAL. Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território – Decreto – Lei nº409/98 [Em linha] **"D.R, I SÉRIE-A"**, nº 295 (23-12-1998) 7100-7132. Regulamento de segurança contra incêndio em edifícios de tipo hospitalar. [Consult.30 Maio 2012]. Disponível em http://dre.pt/pdfgratis/1998/12/295A00.PDF

Apêndice 26

Trabalho de Supervisão de Cuidados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira
Anabela Pires
M.ª Teresa Cordeiro
Mónica Veríssimo
Sandra Contreiras

JULHO

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular – Enfermagem Médico-Cirúrgica II

SUPERVISÃO DE CUIDADOS

Alice Figueira

Anabela Pires

M.ª Teresa Cordeiro

Mónica Veríssimo

Sandra Contreiras

Docentes:

Prof. Doutora A.R.

Prof. Doutora L.M.

Prof. Doutor S.D.

Julho

2012

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Supervisão de Cuidados, foi proposto a análise de uma situação problemática vivenciada em contexto do estágio III, à luz do processo de enfermagem, enquadrando-a teoricamente de acordo com um modelo concetual de enfermagem e utilizando a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE), para a elaboração de diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, que permitam a tomada de decisão clínica, para além de uma análise reflexiva que leve à decisão ética em enfermagem.

Neste trabalho será descrita uma situação vivenciada, em contexto de estágio, pelo grupo. A escolha prendeu-se com o facto de ser uma cliente em estadio terminal que recusava opióides para analgesia e desencadeava episódios de vómitos e hipoglicémias, sendo dada indicação médica para não administração de glicose hipertónica, acabando por falecer no corredor do serviço. Tal situação, põe-nos perante problemas ético deontológicos de natureza complexa que exigem reflexão que conduza à decisão autónoma de enfermagem do ponto de vista ético.

A supervisão clínica no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, segundo Abreu (2004:1) *"refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado".* O processo de tomada de decisão constitui um processo fulcral para a realização da supervisão de cuidados de enfermagem. O enfermeiro perante as situações da prática clínica deve estar munido de competências que lhe permitam tomar a decisão mais adequada. Para tal, é exigido competência, reflexão, autonomia e responsabilidade.

O enfermeiro especialista tem um conjunto de competências que permitem a realização da supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente no que concerne às competências comuns A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional, C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às

situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, descritas no Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

Sendo assim, ao realizarmos este trabalho temos como objetivos:

- Identificar uma situação complexa do ponto de vista ético deontológico na prática dos cuidados de enfermagem.
- Adquirir competências que orientem a tomada de decisão na supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.
- Definir diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados esperados, segundo a CIPE, relacionados com o problema definido.
- Elaborar uma reflexão crítica acerca da situação problemática que conduza à decisão autónoma de enfermagem.

O trabalho será dividido em duas partes, a primeira em que se define supervisão de cuidados em enfermagem, processo de enfermagem e o modelo concetual adotado. Na segunda parte, aborda-se a temática do cliente terminal descrevendo-se a situação problemática, os diagnósticos de enfermagem identificados, intervenções de enfermagem e resultados esperados. Por fim, far-se-á uma reflexão acerca do trabalho realizado.

1 – SUPERVISÃO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) começou a estruturar-se no mundo ocidental com Florence Nightingale. Nos Estados Unidos da américa (EUA), o crescimento da SCE foi exponencial, originado pela evolução académica e estatutária da profissão, da evolução dos sistemas de cuidados de saúde e dos modelos de gestão e por uma maior exigência dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem. Nos países do Norte da Europa verificou-se um desenvolvimento semelhante, embora com alguns anos de atraso relativamente aos EUA, principalmente após a transição do ensino de enfermagem para a universidade, que possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e das ciências de enfermagem, proporcionando a reflexão da teoria na prática e o desenvolvimento da profissão (Abreu, 2004).

Na área da enfermagem psiquiátrica, o tema era discutido desde 1943. Em1982 foi definido um primeiro modelo de intervenção, com a implementação do *Registered Mental Health Nurse Syllabus*. Em termos concetuais, Hildegard Peplau foi uma das autoras que tentou introduzir de forma mais consistente a temática da supervisão clínica em enfermagem (Ibid, 2004).

No início dos anos 90, no Reino Unido, a SCE surge da reflexão profunda sobre os contextos de saúde, profissões na área da saúde, segurança dos cuidados de saúde e qualidade de assistência (Smith1998, cit. por Abreu 2007). Foi a partir daqui, que a SCE teve a sua implementação definitiva, tendo sido aceite como refere Bishop (1994) como uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos enfermeiros e promover a segurança dos clientes (Ibid,2004).

Ainda segundo o autor referenciado anteriormente e citando o Departamento de Saúde do Reino Unido (1993), a SCE é um processo formal de suporte e aprendizagem que permite a alunos ou enfermeiros, um desenvolvimento integrado de competências, o assumir a responsabilidade pela prática desenvolvida e a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente em situações de reconhecida complexidade. A SCE surge relacionada com, o investimento na qualidade das práticas, segurança pessoal e da equipa, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal, identificação com o conteúdo do trabalho e a satisfação profissional, espírito crítico,

análise das práticas e decisões informadas e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

O termo supervisão, no início, estava associado à ideia de inspeção e revisão do trabalho dos funcionários, mediante políticas e procedimentos pré-definidos e em que o supervisor procurava apenas identificar os procedimentos mal executados. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões e tinha autoridade para fazer com que os trabalhadores obedecessem sem questionar. Esta forma autocrática de supervisão, manteve-se muitos anos na enfermagem, despromovendo a iniciativa e produtividade das pessoas. Gradualmente, o conceito de supervisão foi evoluindo, o trabalho, os contextos e a formação foram mudando as mentalidades e, atualmente, predomina a ideia que o interesse da supervisão reside na ajuda ao trabalhador para que realize melhor o seu trabalho. Este intervém ativamente na definição das metas do seu trabalho e no planeamento de estratégias para as alcançar (Garrido,2004).

Como seria previsível a supervisão na enfermagem também evoluiu e Kron (1983:113), afirma que, "*baseado no trabalho em equipa é possível verificarem-se hoje grupos de pessoas pensando, planeando e trabalhando conjuntamente com supervisão eficaz, proporcionando melhores cuidados de enfermagem do que os experienciados há alguns anos".*

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil, limitando-se muitos autores a identificar as qualidades exigidas ao supervisor ou os resultados que se esperam de um processo eficaz de supervisão (Ibid,2004).

A supervisão clínica em enfermagem é um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro que executa práticas clínicas e um supervisor clínico de enfermagem. Este relacionamento envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática e permitirá consequentemente, aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões e promover a inovação na prática clínica. Para Holloway (1995), articular as várias etapas: refletir, entender, concetualizar e aplicar é a tarefa do supervisor; este é o tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Um documento do *United Kingdon Central Council*, "Visão para o Futuro" (1993), referido e analisado por Cutcliffe (2001), descreve a supervisão clínica como um processo formal de sustentação profissional e de aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências. Transmite a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos clientes, contribuindo para aumentar a

segurança da prática em situações clínicas complexas. Estimula a expansão da prática clínica e deve ser vista como meio de incentivo para a autoavaliação encorajadora e habilidades analíticas e reflexivas (Garrido,2004).

Em 1996 a United Kingdon Central Council, descreve a supervisão clínica como forma de, promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais.

Existem vários modelos de supervisão que se distinguem de acordo com a sua filosofia e pressupostos teóricos e cada um tem os seus próprios valores.

Munson (2002), refere que, os profissionais podem discutir a supervisão a partir de várias perspetivas, dando ênfase às seguintes:

1. Perspetiva de personalidade: envolve as características e os traços que os participantes trazem para a situação de supervisão e como estes influenciam a atividade da prática e a relação de supervisão.

2. Perspetiva de situação: relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes encontram no processo de supervisão. O foco de interesse está nas situações e problemas e na forma de lidar com eles.

3. Perspetiva organizacional: ênfase colocada na função ou na organização e na forma como a supervisão ajuda a implementação das metas e objetivos organizacionais.

4. Perspetiva de interação: baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como a interação é variada para ajustar o conteúdo específico da supervisão. Os diversos atores do processo de supervisão devem acordar qual o modelo de supervisão que melhor responde às suas necessidades. Mas, para promover um modelo de reflexão sobre as práticas, a supervisão clínica deveria desempenhar três funções fundamentais:

a) Proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica (restaurativo);

b) Promover desenvolvimento pessoal e profissional (educativo);

c) Promover cuidados de enfermagem de qualidade (normativo).

O trabalho dos enfermeiros tem uma multiplicidade de atuações e áreas de prática especializada, pelo que um modelo único de supervisão não abrangerá todos os profissionais. Visto isto, nas últimas décadas surgiram vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, um dos modelos de supervisão clínica mais importantes foi proposto por Proctor (1986) – o *"supervision alliance model"*. Esta autora, enfatiza o facto da supervisão clínica envolver mais pessoas, além do supervisor e supervisionado (Garrido, 2004).

Abreu (2004), refere que, na generalidade dos modelos podemos identificar dois pressupostos fundamentais:

- O reconhecimento da maturidade da profissão, na medida em que consegue olhar-se criticamente, num claro sinal de exigência e responsabilidade;
- O reconhecimento de que os profissionais e os alunos são vítimas de situações potencialmente agressivas para a sua integridade psicológica. Este mesmo autor é responsável pela adaptação e divulgação entre nós do modelo de Nicklin (1997), apresentando-o como um modelo de SCE que, para além de possuir um enquadramento concetual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais.

Para Nicklin, a supervisão clínica em enfermagem, deve proporcionar resposta a diversos aspetos relacionados com a gestão, formação e suporte emocional, desenvolvendo-se em seis etapas, que podemos analisar no quadro seguinte.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objetivo	Apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais).
Identificação do problema	Clarificação das áreas dos problemas identificados.
Contextualização	Definição de objetivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Implementação das ações planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Quadro 1 – Modelo do processo de supervisão clínica de Nicklin
Fonte: Abreu (2004), adaptado de Nicklin (1997)

A maioria dos modelos de supervisão dá especial atenção às caraterísticas do supervisor, mas nem sempre estas são tidas em consideração (Sloan, 1998). Catmur (1995) salienta, a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) referem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se também para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam ainda a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão (Abreu,2004).

Os objetivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem contemplam a formação e desenvolvimento de competências profissionais assim como a melhoria da qualidade dos cuidados dispensados aos clientes.

Thomas e Reid (1995), alertam que não devem ser negligenciadas as dificuldades que a operacionalização da supervisão clínica pode trazer e identificaram três dificuldades principais:

a) Falta de pessoal treinado para levar a cabo essa tarefa
b) Falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor;
c) Em serviços que apresentam elevada mobilidade, com aumento de admissões e de carga de trabalho, a supervisão é, habitualmente, a primeira atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada.

Como forma de minimizar estes problemas as instituições, muitas vezes, apontam como solução, a entrega da supervisão clínica das práticas aos enfermeiros responsáveis pelos serviços ou unidades de saúde. Esta decisão tem mais inconvenientes que vantagens e será sempre uma má solução. Como refere a *United Kingdon Central Council* (1996), o supervisor clínico deve ter a confiança de quem necessita ser apoiado nas práticas, não devendo ser designado pela organização (Garrido, 2004).

Em Portugal, a supervisão clínica em enfermagem começa a surgir como uma matéria importante que leva à reflexão dos enfermeiros, apresentando-se como um meio através do qual os enfermeiros podem analisar, suportar e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais.

A supervisão clínica entre nós, como refere Abreu (2004), surge no contexto da discussão sobre qualidade, reflexão sobre formação clínica, aprendizagem experiencial e supervisão das práticas clínicas e poderá constituir uma verdadeira revolução de mentalidades.

A supervisão de cuidados é uma responsabilidade do enfermeiro, em especial do enfermeiro especialista, monitorizando, registando e avaliando os procedimentos efetuados, de forma a manter a melhoria contínua da qualidade. Analisa assim a prática, planeando quando necessário condições para a melhoria do desempenho levando à prestação de cuidados com segurança, tal como refere Abreu (2007).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na diminuição do risco, promovendo a segurança do cliente como garante de cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo Nunes (2006:6) "*todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente*

envolvem a possibilidade de erro (...). Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, (…) *desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício"*

A segurança do cliente é inerente ao exercício da profissão de enfermagem, legislado no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Sendo assim, deverão ser tomadas medidas para que este risco seja diminuído, reduzindo as causas do aparecimento do mesmo, seja na melhoria de procedimentos, na avaliação dos cuidados, na comunicação, nas condições humanas e materiais.

Consideramos que a prevenção está implícita na supervisão clínica, na gestão de risco e na segurança dos clientes e é inerente aos cuidados de enfermagem. Ao longo deste trabalho pretendemos demonstrar a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria dos cuidados de enfermagem, pois a supervisão clínica está bastante enraizada nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista enunciadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, Competências do domínio da gestão dos cuidados, Competências do domínio das aprendizagens profissionais), como já foram referidas anteriormente, assim como nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e mestre em enfermagem médico- cirúrgica. Pretendemos assim, refletir acerca de uma situação com que fomos confrontados, analisando quais os aspetos a melhorar e promovendo a excelência dos cuidados a prestar como enfermeiros especialistas em pessoa em situação critica. Tal como refere Deodato (2010:7) "*a Supervisão de Cuidados, em ligação à aprendizagem em ambiente clínico, pode desempenhar um papel complementar no desenvolvimento de competências do estudante. Permitindo a reflexão e a discussão em pequeno grupo, favorece a análise sobre o vivido, ao mesmo tempo que possibilita a mobilização de conhecimentos, constituindo assim uma experiência formativa significativa."*

Desta forma é nosso propósito atingir o estadio de peritos que suportam a ação na experiência e na perceção intuitiva das situações como um todo, prestando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e antecipação, como menciona Benner (2001).

1.1 – PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de enfermagem é um processo de resolução de problemas, de forma sistemática, contínua e dinâmica, centrado na pessoa. É um conjunto de etapas e ações planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução de problemas das pessoas.

Para Doenges e Moorhouse (1992) é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao cliente.

Segundo Soresen (1998) é o método científico adaptado às condições, muitas vezes imprevisíveis, da vida humana e aplicado aos seres humanos quando têm necessidades não satisfeitas.

São objetivos do processo de enfermagem a manutenção da saúde, prevenção da doença, promoção da recuperação, restabelecimento do bem-estar e plena atividade e apoio na morte serena.

O processo de enfermagem é uma metodologia com cinco etapas (Colheita de dados, Diagnóstico, Planeamento, Implementação e Avaliação) interligadas entre si e nunca totalmente concluída pois na fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e reformular. A avaliação da forma como a pessoa atingiu os resultados esperados conduz, não só a uma continuação da recolha de dados, mas também à redefinição dos problemas e ao planeamento de novas intervenções.

Etapas do processo de enfermagem:

1. **Colheita de dados**: consiste na obtenção de informações úteis e pertinentes sobre a pessoa, de forma a definir o problema passando à fase seguinte. Embora associada à fase inicial da relação, esta é uma fase em permanente atualização, dada a possível integração de novos dados em cada interação do enfermeiro com a pessoa.

2. **Diagnóstico**: um diagnóstico de enfermagem é segundo Soresen (1998) uma decisão clínica acerca das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais. É formulado de acordo com a seleção, organização e análise dos dados recolhidos. Podem ser definidos de acordo com alguns padrões como a CIPE ou a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. **Planeamento**: Inicia-se após a identificação dos diagnósticos, de acordo com os conhecimentos existentes, a bibliografia atual, informações pertinentes mas fundamentalmente com a vontade e a decisão da pessoa envolvida.

O planeamento com o cliente, ou seja, a inclusão da pessoa neste processo é relativamente recente e foi segundo Nunes (2011) um grande passo na área da ética pois enaltece o respeito pelo outro.

4. **Implementação**: consiste na prestação de cuidados de enfermagem de acordo com o planeado, contudo pode ser preciso replanear, pois podem ter-se alterado algumas condições e já não fazer sentido o inicialmente planeado.

Esta fase inclui a prestação direta de cuidados, a supervisão de cuidados delegados, o ensino, a orientação, a identificação das necessidades de encaminhamento e o cumprimento de prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde.

5. **Avaliação**: consiste na observação e apreciação da eficácia e eficiência dos resultados esperados, de forma a decidir uma eventual adequação dos diagnósticos e das intervenções definidas. É por isso um processo contínuo.

O processo de enfermagem enquanto método de resolução de problemas não inclui uma base teórica subjacente à prática de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, pois é apenas uma sequência de etapas através das quais se pretende alcançar um determinado fim. É por isso importante encontrar um enquadramento concetual que identifique essa base teórica, só possível nos vários modelos teóricos de enfermagem.

Assim, na área dos cuidados de enfermagem, tem que se considerar uma concetualização teórica, pois é através de um modelo teórico que os cuidados de enfermagem são orientados, funcionando também como fio condutor para a tomada de decisão**.** Pearson et al. (1992:12) referem que " *O modelo de enfermagem, sobre o qual assente o exercício contém as teorias e os conceitos desse exercício e teorias e conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças sobre a natureza humana e o que a enfermagem pretende realizar".*

Consideramos que a seleção de um modelo teórico de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem como metodologia de trabalho, apoiada nessa teoria, corresponde a um contributo importante para o enriquecimento da qualidade dos cuidados prestados, visto que a definição do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente. Os modelos teóricos de enfermagem delimitam o campo específico de atuação dos enfermeiros, dando importância às suas intervenções autónomas e levam a que haja consistência e continuidade nos cuidados prestados.

Poder-se-á dizer, que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passa pela utilização de uma metodologia de trabalho ou processo de enfermagem, associada a

um modelo teórico. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, levando à melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos e à reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foram, então, definidos os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional com base no enquadramento concetual de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Existem 6 categorias de enunciados descritivos relacionados com satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem- estar e o autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Em 2011 a OE aprova o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Pessoa em Situação Crítica, em que se define Pessoa em Situação de Doença Critica e ou Falência Orgânica, Situação de Catástrofe ou Emergência Multi Vitima, Prevenção e Controlo da Infeção Associado aos Cuidados à Pessoa em Situação Critica e Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação critica. Nos enunciados descritivos para além dos referidos anteriormente surge um sétimo que se prende com a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados.

As instituições de saúde devem implementar e consolidar os enunciados descritivos de forma a desenvolverem projetos e definirem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes indicadores permitem a reflexão acerca da prática dos enfermeiros em contextos de trabalho, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Mas, para se conseguir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem deverá existir um quadro de referência para o exercício profissional.

Neste contexto, escolhemos como fio condutor e base teórica para os cuidados de enfermagem definidos neste trabalho, o modelo concetual de Kolcaba.

Katharine Kolcaba nasceu em Cheveland, Ohio em 1944. Em 1965 obteve o diploma de enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cheveland. Em 1987 licenciou-se em enfermagem, recebendo o título de especialista em Gerontologia em 1997. O conforto foi ao longo do tempo, estudado por várias teóricas de enfermagem, onde se visibilizou o seu conceito, ainda assim, a sua concetualização e operacionalização surgiram a partir da década de 90 do século XX com Katharina kolcaba, que desenvolveu a **Teoria do Conforto**, baseada em três tipos de raciocínio lógicos: indução, dedução e abdução. De acordo com Kolcaba (2002:89), conforto é "*a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio,*

tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental. (...) ".

No dicionário da língua portuguesa, a palavra conforto significa um derivado regressivo de confortar, prestar auxilio, apoio numa aflição, numa infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem. De facto, a prática de enfermagem esteve, ao longo dos anos fortemente ligada à noção de conforto, sendo o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Porém, o seu significado tem tido várias interpretações, fruto da evolução histórica, política e social da sociedade e com a evolução técnico-científica das ciências da saúde e da enfermagem em particular.

A teoria de Kolcaba, assenta no termo conforto, frequentemente empregado nos cuidados de enfermagem. Segundo Kolcaba, o conforto é uma experiência imediata, sendo fortalecida essencialmente pelas suas necessidades: **alívio**, **tranquilidade** e **transcendência,** dentro de quatro contextos: **físico**, **psicoespiritual**, **sociocultural** e **ambiental**. Assim este fenómeno associa-se à enfermagem, sendo resultante do cuidado profissional proporcionado por meio de intervenções denominadas de medidas de conforto, para a satisfação das necessidades humanas básicas. Os clientes sentem necessidade de conforto em situações alvo de cuidado. Kolcaba considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem, sendo um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de qualquer individuo, alivio, tranquilidade e transcendência.

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente; a transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Kolcaba centra a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo cliente após a intervenção de enfermagem. Esta intervenção é vista, à luz da teoria de Kolcaba, como uma forma de arte de enfermagem, em que as intervenções ou cuidados de conforto, requerem um processo de ações confortantes ganhos pelos clientes. O aumento desse conforto é o resultado desse processo de conforto.

Para Kolcaba a intervenção de enfermagem, é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção. Não obstante todos estes princípios, que são basilares e fundamentais na sua teoria, Kolcaba reconhece que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional, aos princípios científicos e humanísticos nos contextos

específicos do cuidar. Consideramos importante referir que a teoria apresentada assenta num paradigma existencial, pois o conforto aparece como um estado presente além da consciência, reconhecido apenas quando o cliente já viveu um estado de desconforto, constituindo uma experiência pré-reflexiva, sendo, muitas vezes difícil de descrever.

Contextualizando a teoria do conforto, seguem-se os conceitos meta paradigmáticos defendidos por Kolcaba (2002):

- ✓ **Enfermagem** é a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a apreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjetivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, (…). A apreciação pode obter-se através da administração de escalas visuais analógicas, ou de questionários tradicionais, ambos os quais Kolcaba desenvolveu.
- ✓ **Doente** é quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde.
- ✓ **Ambiente** é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela enfermeira ou pelos entes queridos para melhorar o conforto.
- ✓ **Saúde** é o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade.

Katharine Kolcaba aborda o conforto como o *coração* da sua teoria, tendo como objetivo major proporcionar conforto aos doentes nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental.

2 – DOENTE TERMINAL

Os avanços da Medicina ao longo do século XX foram inúmeros. A ocorrência da morte após um período curto de doença foi sendo combatida com sucesso, e o fenómeno da cura foi-se impondo no contexto da maioria das doenças agudas. Todos os progressos científicos e sociais alcançados impuseram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidentalizado: o da emergência das doenças crónicas não transmissíveis, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. No entanto, o facto de se passar a viver mais tempo não implicou que se passe a morrer melhor.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças, a sofisticação dos meios utilizados, levou, de algum modo, a sociedade a acreditar numa cultura de negação da morte, onde se inserem os profissionais de saúde. A morte passou a ser negada e considerada como uma frustração e falhanço para estes profissionais ao acreditarem no crescente tecnicismo e tecnologia avançada. De qualquer forma, hoje, em pleno século XXI, e apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano (Neto, 2006).

A redução do número de famílias alargadas, a industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho laboral, têm ao longo do tempo condicionado bastante o tipo de apoio aos doentes crónicos. O aumento crescente das doenças crónicas e o período relativamente prolongado da perda de autonomia que lhes está associado, teve implicações nas famílias e no sistema de saúde, que assume, atualmente a grande maioria dos cuidados aos doentes com doença crónica. Foi precisamente como reação a esta tendência, que surgiu, a partir de 1968, o movimento dos cuidados paliativos. Em Portugal, os cuidados paliativos, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado (SNS, PNCP, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), cuidados paliativos (CP) são considerados como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos segundo Neto (2006:25) definem-se ainda por "*cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada. Este tipo de cuidados centra-se nas necessidades (e não nos diagnósticos) deste tipo de doentes e famílias, pelo que, muito para além dos doentes oncológicos, outros grupos há que beneficiam em muito da aplicação dos princípios da paliação"*. A filosofia dos cuidados paliativos tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, sendo a sua viabilização aplicada pelas áreas do controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. A doença terminal tem normalmente associados um conjunto de problemas não só físicos, mas também de outra índole – o sofrimento.

O sofrimento não é um sintoma nem um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa. A intensidade desse sofrimento é medida nos tempos do próprio cliente à luz dos seus valores, das suas vivências, das suas crenças, enfim, de uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa a ao mesmo tempo única para cada indivíduo que o experimenta. O objetivo dos cuidados paliativos assenta na prevenção de sintomas indesejáveis, trata-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. Este pressuposto deve estar sempre presente no complexo processo de tomada de decisão clinica nos doentes em fim de vida (Op. Cit.,2006).

De acordo com Eurag (2004) In Neto (2006), a filosofia dos CP tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e é hoje perspetivada como um direito humano, nomeadamente na Comunidade Europeia. No entanto, se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região.

No ano de 2005, o estudo *Palliative Care Facts in Europe* demonstrava que os recursos existentes em Portugal eram escassos e sem um modelo de organização homogéneo, nem instrumentos normalizados na sua gestão (SNS, PNCP, 2011).

A disponibilidade da oferta nessa altura em Portugal para prestação de Cuidados Paliativos era de 4 Unidades de Internamento (intra-hospitalares e IPSS), 3 Equipas domiciliárias e 2 Equipas Intra-Hospitalares, que davam resposta quase exclusiva aos clientes com proveniência dos serviços do Instituto Português de Oncologia do Porto. Na avaliação em 2008, o mesmo estudo, demonstrava que, apesar do início tardio da organização de cuidados paliativos em Portugal comparativamente a outros países da

Europa, apresentava um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo de implementação, fruto de recursos humanos bem formados e de legislação e modelo financeiro favoráveis, subindo o número de camas por milhão de habitantes de 5,05 para 20, o que corresponde a um aumento de 296%.

Apesar desta ascensão dos CP, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno crescente, pois de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística sobre a mortalidade no período 2009/2011 em Portugal, o valor da esperança média de vida à nascença foi estimado em 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e cerca de e 82,30 para as mulheres, sendo que 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Perante este fator podemos dizer que, embora exista em Portugal um número crescente de unidades de CP, nem toda a população tem acesso a estes. Todo o processo paliativo é muito moroso, muitos clientes padecem de doença prolongada, não permitindo muitas vezes vagas em tempo útil para outros clientes, o que obriga a que os cuidados sejam prestados, muitas vezes, por familiares.

Uma das maiores preocupações de um cliente terminal é o controlo da dor aguda ou crónica que debilita a pessoa até esta já não conseguir executar as suas tarefas diárias. Muitas vezes, o cliente pode estar a sofrer desnecessariamente, o que pode ter um efeito negativo na sua luta pela vida. Ter qualidade de vida até ao final de uma doença terminal é fulcral, por isso, é necessário averiguar e experimentar quais os medicamentos e/ou tratamentos que possam controlar a dor.

A importância da valorização, da avaliação e do alívio da DOR são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A 14/06/2003, a Direção Geral de Saúde divulga a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, instituindo a dor como 5º sinal vital.

O controlo eficaz da dor é um dos deveres dos profissionais de saúde, de forma a minimizar as suas consequências e garantir o conforto e bem-estar da pessoa, para tal, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica administrada e melhorar a qualidade de vida do cliente.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo-se no seu estado físico e psicossocial. A dor é,

sem dúvida, uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolve vários componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, sociais e comportamentais. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, procurando um cuidado individualizado e dirigindo-se à causa desencadeante da dor a fim de aliviá-la.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP, 1994), como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidular concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Para efeito de classificação médica a dor é dividida em duas categorias: a aguda, que têm duração limitada e causa geralmente conhecida, e a crónica, que dura mais de três meses e tem causa desconhecida ou mal definida. Esta última categoria de dor aparece quando o mecanismo de dor não funciona adequadamente ou doenças associadas a ele tornam-se crónicas.

A dor é um fenómeno fisiológico essencial para a conservação da integridade física de um indivíduo, enquanto sintoma funciona habitualmente como sinal de alarme de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda. Cumprida esta função vital, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de outras patologias do foro orgânico e psicológico, podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e evoluir para a cronicidade (Metzger et al, 2002).

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente, no entanto, por vezes é mal interpretada por parte dos profissionais de saúde, na medida em que não é valorizada corretamente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do cliente, aceitando que a dor existe. Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação.

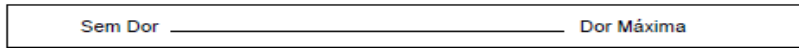
O enfermeiro, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, toma como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2001).

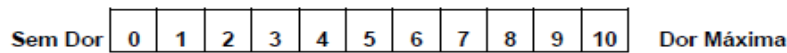
Torna-se então premente recomendar para a prática profissional as seguintes ações (OE, 2008):

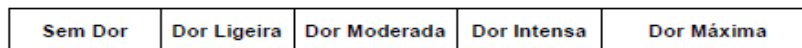
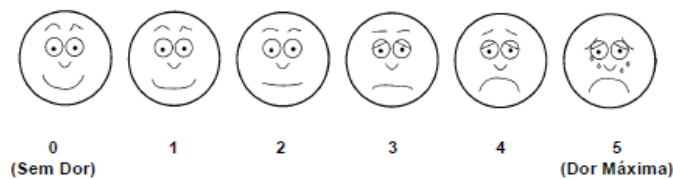
- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Privilegiar o auto relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática pelo menos uma vez por turno e/ou de acordo com protocolos instituídos;
- Colher dados sobre a história de dor;
- Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação, considerando a ordem de prioridade;
- Assegurar a compreensão das escalas de auto relato pela pessoa/cuidador principal/família, após ensino;
- Avaliar a dor nas crianças pré verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;
- Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
- Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

De forma a atender estes critérios o enfermeiro dispõe de um vasto leque de escalas de avaliação da intensidade da dor que se adequam às diversas necessidades da população (DGS, 2003 e OE, 2008)

Escala Visual Analógica – Qualquer idade> 6 anos de idade. Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha e o local assinalado pela pessoa, obtendo-se a classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Sem Dor ______________________________ Dor Máxima

Escala de Avaliação Numérica – Aplicada a qualquer pessoa que identifique a dimensão dos números. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”;

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima

Escala Qualitativa - solicita-se ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

Escala de Faces – para crianças com mais de 4 anos de idade. É solicitado ao cliente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

Escala FLACC *(Face, Leggs, Activity, Cry, Consolability)* – aplicada a crianças

Categorias	Pontuação 0	Pontuação 1	Pontuação 2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Escala DOLOPLUS – idosos com alterações cognitivas

REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

Não são apenas os profissionais de saúde que exercem funções no âmbito do controlo da dor, também as instituições de saúde têm a responsabilidade de elaborar ou adotar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor, implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor, promover o acesso a programas de formação sobre dor, definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor (OE, 2008). Partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, em particular pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, é da competência do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para alcançar esse objetivo. Inclusivamente, os enfermeiros são considerados profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, tendo todas as condições para promover e intervir no controlo da dor eficazmente (OE, 2008).

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano terapêutico, quando o alívio da dor é inadequado (OE, Parecer 120/2007).

Segundo Gameiro (2000), as intervenções preconizadas para o alívio do sofrimento dos clientes correspondem de um modo geral aos elementos do Processo de Cuidar de Swanson (1991), segundo este, o cuidador deverá fazer uma apreciação cuidadosa da situação, procurar conhecer o doente evitando ideias preconcebidas, demonstrar disponibilidade, promover conforto, preservar a dignidade, valorizar os sentimentos do outro, oferecer otimismo e promover a esperança.

2.1 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Cliente do sexo feminino, raça negra, 30 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia gástrica com metastização óssea e carcinomatose peritoneal. Recorreu ao Serviço de Urgência por dores abdominais e vómitos. Encontrava-se em estado terminal, deitada numa maca no corredor do Serviço de Urgência. Apesar da dor, referia não querer a administração de morfina, por lhe provocar mal-estar. Como tal, foi-lhe administrado outro analgésico para minimizar a dor. Durante o internamento apresentou episódios de vómitos e hipoglicémia, em que a medicina deu indicação para não administração de glicose hipertónica, para se perceber a tolerância desta à hipoglicemia, porque tinha alta clínica. A doente acabou por falecer no corredor, sozinha. O que podemos fazer para evitar estas situações?

2.2 – DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E RESULTADOS ESPERADOS

2.2.1 – Vómito atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Vómito atual	Monitorizar glicémia capilar. Supervisionar refeição. Vigiar tolerância à dieta. Vigiar desidratação. Vigiar náusea. Vigiar reflexo de deglutição. Vigiar vómito. Gerir ingestão de líquidos. Interromper a ingestão de alimentos. Providenciar saco de vómito. Elevar cabeceira da cama. Referir vómito ao médico. Trocar artigos de cama. Confortar a pessoa. Facilitar repouso. Ensinar a pessoa sobre os posicionamentos durante a refeição.	Vómito diminuído

Quadro 2 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para vómito atual.

Vómito ou êmese é a expulsão rápida e forçada do conteúdo gástrico através da boca, causada por uma contração forte e sustentada da musculatura da parede torácica e abdominal (Brum et al, 2011).

As náuseas e vómitos podem ser extremamente debilitantes para o doente terminal e estão entre os sintomas que mais afetam a qualidade de vida destes doentes. Os principais órgãos envolvidos na origem destes sintomas são o trato gastrointestinal e o cérebro, através dos quimiorrecetores, do córtex cerebral, do aparelho vestibular e do centro do vómito, através de mediadores como a serotonina, a dopamina, a acetilcolina e a histamina, (Roque, 2010).

Segundo Abrunhosa (2000) as náuseas e os vómitos estão frequentemente presentes em doentes com cancro terminal e podem, resultar de um conjunto de fatores, entre os quais destacamos:

- Gastrointestinais:

  Má higiene oral e infeções da cavidade oral (candidíase, herpes).

  Alterações do paladar relacionadas com a quimioterapia.

Obstruções esofágicas.

Estase gástrica (ascite, hepatomegalia, opióides e anticolinérgicos).

Gastrite (AINES, refluxo biliar).

Obstrução intestinal.

Hiperalimentação (quando o doente tem uma sonda nasogástrica ou uma gastrostomia).

- Hipertensão intracraniana:

Metástases cerebrais, edema cerebral.

- Metabólicas:

Uremia, híper -calcemia, toxinas tumorais.

- Induzido por fármacos:

Antibióticos, digoxina, AINES, morfina, anti convulsivantes.

- Quimioterapia.
- Radioterapia.

A avaliação contínua e sistemática do vómito permite o conhecimento da evolução do quadro do doente, sendo por isso, fundamental o seu registo. A avaliação compreende o conhecimento da frequência, duração, intensidade, aspeto, volume, causas ou agentes de agravamento, desconforto físico e emocional, (Brum et al , 2011).

A aplicação de instrumentos padronizados que ajudem a sistematizar a avaliação dos vómitos se bem desenvolvidos e validados, podem facilitar a avaliação pelo cliente e possibilitam a uniformização dos registos e o tratamento dos mesmos, uma escala capaz de avaliar o início e a intensidade dos vómitos pode-se constituir como uma mais-valia, através da sua avaliação é possível planear as intervenções de enfermagem e o tratamento do cliente com vista à obtenção do maior conforto possível e deve incluir:

- ✓ Condições fisiopatológicas como a aceitação, alimentar, frequência com que sucedem, fatores desencadeantes ou de agravamento, coloração e aspeto, presença ou não de sinais prodrómicos.
- ✓ Medicamentos que possam provocar náuseas.
- ✓ Frequência da alimentação, ingestão de líquidos e sólidos.
- ✓ Aspetos emocionais como preocupações e sentimentos.
- ✓ Exame físico que deve incluir a investigação de sinais de desidratação, alterações da cavidade bucal e oro faringe, distensão abdominal, ascite (Op. Cit.,2011).

O tratamento sem medicamentos dos vómitos baseia-se essencialmente na manutenção de uma boa higiene oral com lavagem regular dos dentes, desinfeção das próteses dentárias e uso de desinfetantes locais e cuidados alimentares adequados. A secura da boca que ocorre em 80% dos doentes e contribui para o agravamento das náuseas e vómitos, pode ser minimizada pela administração de cubos de gelo, gelo picado ou utilização de humidificadores e nebulizadores que permitem evitar a hidratação terminal por perfusão (a boca tem uma capacidade de absorção considerável), (Abrunhosa, 2000).

É essencial questionar o cliente a respeito de seu desejo de se alimentar, sensação de fraqueza, eventual dificuldade mecânica para deglutir, presença de sede e/ou fome, reação a determinados alimentos e odores, e agentes desencadeantes do sintoma.

O plano de cuidados de enfermagem deve incluir ainda a manutenção de um ambiente agradável, calmo e livre de odores, a administração de antieméticos prescritos deve ser feita 40 minutos antes das refeições e a medicação para controlo da dor deve ser administrada em horário adequado, (Op. Cit., 2011).

As refeições devem ser fracionadas, na temperatura ambiente e os alimentos devem ser de fácil digestão, pode-se oferecer sumos frescos no intervalo das refeições. As medidas dietéticas devem ser adequadas às necessidades do doente, às suas preferências e aos seus hábitos alimentares, (Brum et al, 2011).

O cliente não se deve deitar logo após as refeições, deve permanecer com a cabeça elevada durante 1 ou 2 horas depois da ingestão de alimentos, devem-se evitar alimentos fritos, com gorduras, condimentados, salgados, ácidos, açucarados ou com odor intenso, assim como a oferta de líquidos durante às refeições, no entanto deve-se priorizar a ingestão de oito a dez copos de líquidos nos seus intervalos, de forma a evitar a desidratação, esta ação minimiza a pressão no estômago reduzindo a ocorrência de refluxo. Algumas opções de líquidos são os chás e caldos claros e sumos; gelatinas, gengibre e lascas de gelo também se constituem como boas escolhas, o café, chá forte e refrigerantes à base de colas, devem ser evitados, (Op. Cit., 2011).

O gengibre é um antiemético natural, combinado a preparações não ácidas e associado a ingredientes neutros e refrescantes, apresenta efeito direto no trato gastrointestinal através de suas propriedades aromáticas, carminativas e absorventes, aumentando a absorção de toxinas e ácidos, o tónus e a motilidade intestinal, (Op. Cit. , 2011).

De acordo com a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (2011), refeições com elevado teor proteico, tiveram efeito positivo na redução das náuseas e vómitos, uma das justificações para este facto seria a redução das disritmias gástricas.

Nos casos de vómito ininterrupto é aconselhável suspender qualquer comida ou bebida até à sua cessação, a alimentação deve ser iniciada após 30 a 60 m com pequenas quantidades de líquidos claros, em casos de estase gástrica e nos decorrentes de obstrução intestinal é indicada a nutrição entérica, (Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2011).

A terapêutica médica do vómito depende do diagnóstico correto da causa, da procura de uma causa reversível (ex: híper calcemia), da escolha adequada do antiemético e da via de administração (subcutânea ou retal se a via oral não está acessível). (Abrunhosa, 2000).

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos possibilita o tratamento com medicamentos que atuem em recetores específicos, estimulados ou inibidos de acordo cm as diferentes etiologias das náuseas e/ou vómitos, (Ibid, 2011).

A medicação utilizada pode ser dividida em três categorias: Os antieméticos, os pró-cinéticos e outras medicações utilizadas em casos especiais. Os agentes antieméticos são fármacos que atuam primariamente no sistema nervoso central, como os anti-histamínicos, anticolinérgicos os antidopaminérgicos, os antagonistas 5-HT3 e os antagonistas da neurocinina 1 (NK1), (Brum et al, 2011).

Os pró-cinéticos têm ação predominantemente periférica, como os agonistas 5-HT4, agentes antidopaminérgicos periféricos e os análogos da somatostatina De entre medicamentos utilizados em situações especiais, é possível referir a utilização de benzodiazepinas no tratamento da náusea antecipatória, os licocorticoides na prevenção da náusea e vómito aguda pós quimioterapia e a possível utilização dos agentes canabinoides. Olanzapina é uma medicação antipsicótica que pode ser utilizada junto com inibidores 5-HT3 e corticoides com o objetivo de melhorar os resultados da profilaxia da NVQT, (Ibid, 2011).

Terapêutica medicamentosa dos vómitos	
FÁRMACO	INDICAÇÃO
Anticolinérgicos: • Bromidrato de escopolamina • Butilescopolamina	**Excesso de secreções** • Obstrução intestinal • Hipertensão intracraniana • Irritação peritoneal
Fenotiazinas • Cloropromazina	• Causas metabólicas, opiáceos • Obstrução intestinal

• Levomepromazina	
Butirofenonas • Haloperidol	• Irritação peritoneal, obstrução intestinal, • Causas metabólicas, opiáceos • Causas farmacológicas (opiáceos, anticonvulsivos)
Anti- histamínicos H1 • Prometazina • Hidroxizina	• Irritação peritoneal • Obstrução intestinal • Hipertensão intracraniana • Causas vestibulares
Gastrocinéticos • Domperidona • Metoclopramida	• Quimioterapia, opiáceos • Estase gástrica
Antagonistas 5HT3 • Ondansetron	• Quimioterapia • Radioterapia
Outras • Corticoides- dexametasona	• Hipertensão intracraniana • Quimioterapia, radioterapia
• Benzodiazepinas	• Ansiedade, medo, agitação
• Ibuprofen	• Radioterapia
• Inibidores H2, misoprostol, omeprezole	• Gastrite induzida por AINES
• Bifosfonatos	• Hipercalcémia

Quadro 3 – Terapêutica medicamentosa dos vómitos

2.2.2 – Hipoglicémia atual

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado
Hipoglicémia atual	. Avaliar entrada e saída de líquidos . Monitorizar glicémia capilar . Vigiar débito urinário . Vigiar ingestão de líquidos . Vigiar sinais de hipoglicémia . Gerir terapêutica . Referir hipoglicémia ao médico	Hipoglicémia nenhuma

Quadro 4 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para hipoglicémia atual

A hipoglicémia pode ser definida como um nível inferior ao nível normal de glicose no fornecimento sanguíneo, esta pode provocar uma variedade de sinais e sintomas, mas os principais surgem a partir de um fornecimento inadequado de glicose ao cérebro, causando depressão do sistema nervoso central e comprometimento da sua função (neuroglicopenia). A hipoglicemia indica que o grau de utilização da glicose por parte dos tecidos é superior à sua disponibilidade plasmática, isto é, a saída de glicose do plasma é superior à sua entrada. Tal pode resultar de um excessivo consumo de glicose (devido ao

exercício físico ou a um aumento das perdas externas), ou pode resultar de um inadequado aporte de glicose (produção endógena insuficiente ou inanição).

De uma forma geral estes dois mecanismos (aumento da saída e diminuição de entrada) atuam em consonância para produzir a síndrome hipoglicémica, (Vale, 2010).

O nível de glicose no sangue para definir hipoglicemia pode variar de acordo com os indivíduos e as circunstâncias, mas podemos considerar para um adulto a manutenção dos níveis acima de 70 mg/ dl como normal e hipoglicemia abaixo de 60 mg / dl, (Ibid, 2010).

A hipoglicemia é motivada por uma perturbação no equilíbrio entre insulina e secretagogos, hidratos de carbono e atividade física. As formas mais comuns de hipoglicemia surgem como uma complicação do tratamento da diabetes mellitus com insulina ou antidiabéticos orais, a hipoglicemia é menos comum em pessoas não diabéticas mas pode acontecer por múltiplas causas, entre elas contam-se o excesso de insulina produzida, deficiências hormonais, fome prolongada e certos tumores, (Ibid, 2010).

Nos clientes com neoplasias malignas, verificam-se anormalidades importantes no metabolismo dos hidratos de carbono, a célula cancerosa utiliza preferencialmente a glicose como substrato energético, dez a cinquenta vezes mais, comparativamente às células normais, o que indica que a presença do tumor aumenta o consumo de glicose, o tumor torna-se o maior consumidor de glicose, enquanto o doente é estimulado de diversas formas a fabricá-la, (Silva, 2006).

De entre as alterações metabólicas destacam-se o catabolismo intenso das reservas de carboidratos, os desajustes metabólicos têm sido observados em etapas avançadas do processo neoplásico assim como na disseminação metastática, quer a intolerância à glicose resultante do aumento da resistência à insulina e a libertação inadequada de insulina tem sido descritos e ocorrem em 60% dos doentes com tumores malignos, (Op. Cit., 2006).

Devido ao elevado consumo de glicose, a gliconeogénese e o ciclo de Cori encontram-se em níveis aumentados para a conversão do lactato e outras substâncias em glicose objetivando a manutenção glicémica, este processo provoca ao cliente, um prejuízo energético de 300 kcal/ dia, (Silva, 2006).

O nível de glicose abaixo do valor normal recorrente e persistente tem como efeito um aumento nos números de transportadores de glicose na barreira hematoencefálica, de forma a manter o nível de glicose no líquido cefalorraquidiano tão perto da normalidade quanto possível, é por este motivo que os clientes com hipoglicemias

recorrentes conseguem manter a consciência, mesmo com níveis de glucose sanguínea mais baixos, sem terem sintomas adrenérgicos significativos, (Vale, 2010).

Os sintomas de hipoglicemia podem ser divididos em dois grupos: os sintomas neuroglicopénicos e sintomas autonómicos. O primeiro grupo de sintomas resulta da privação de glicose no Sistema Nervoso Central, e inclui entre outras, alterações comportamentais (sensação de calor, fraqueza, confusão e dificuldade de concentração, astenia, lipotimia, dificuldade em falar, visão distorcida). No caso de se verificar uma hipoglicemia prolongada, poder-se-ão verificar convulsões, danos cerebrais irreparáveis e até morte.

Os sintomas autonómicos são o resultado da ativação do sistema nervoso autónomo (ativação simpática-adrenal), resultante da hipoglicemia e incluem sudorese, fome, parestesias, tremor, palpitações, ansiedade e nervosismo, (Ibid, 2010).

Podemos reverter a hipoglicemia rapidamente, restabelecendo o nível de açúcar no sangue pela administração de glicose hipertónica ou hidratos de carbono de ação rápida.

A glicemia deve ser controlada com tiras reativas, se abaixo de 60 mg/dl, o tratamento num doente consciente pode passar pela administração de 15 gr de hidratos de carbono de ação rápida, 100 ml de sumo natural sem adição de açúcar ou três rebuçados; em meio hospitalar administra-se por via endovenosa duas fórmulas de glicose hipertónica. Após 5 minutos a glicemia deve ser novamente avaliada, se permanecer nos 60 mg/ml ou inferior a este valor deve-se administrar novamente glicose até à reposição da normalidade e após esta deve-se tentar a ingestão de hidratos de carbono de ação lenta, para ajudar a repor as reservas de glicogénio. Em doentes inconscientes a administração de oral de glucose não deve ser tentada, para além da administração de dextrose, pode-se aplicar 1 mg de glucagon por via subcutânea, levando o fígado a libertar a sua reserva de glicogénio, (Ibid, 2010).

O regime nutricional é uma parte importante da terapia, o cliente deve ter ensino sobre nutrição e planos de refeição flexível e adaptados à sua condição, os problemas alimentares não são simples para o cliente, mas a sua gestão determina o sucesso do tratamento, o enfermeiro pode fornecer informação nutricional básica e supervisionar a administração de alimentos.

2.2.3 – Morte com dignidade comprometida

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções Planeadas	Resultado Esperado

Morte com dignidade comprometida	. Monitorizar frequência cardíaca . Monitorizar tensão arterial . Vigiar atividade psicomotora . Vigiar respiração . Gerir ambiente físico . Gerir terapêutica . Executar técnicas de relaxamento . Facilitar serviços religiosos . Motivar comunicação de emoções . Motivar comunicação de pensamentos . Promover escuta ativa	Dignidade parcial na morte

Quadro 5 – Diagnóstico de Enfermagem, Intervenções Planeadas e Resultado esperado para morte com dignidade comprometida

Etimologicamente, o termo dignidade deriva do latim *Dignitate*, e tem a ver com o merecer consideração, estima, o ser tratado com respeito, que é devido a todas as pessoas, que terão de ser fim e não meio, sempre e em todas as circunstâncias.

Os enfermeiros cuidam de pessoas, que na maioria das vezes, se encontram vulneráveis e que, com frequência se apresentam relativa ou totalmente dependentes para realizar as suas atividades de vida diária autonomamente.

Os cuidados de enfermagem ao doente terminal inserem-se numa área complexa, na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde são confrontados com os seus próprios sentimentos no que se refere à morte. Por se prestar cuidados ao longo do ciclo vital, proteger e respeitar a dignidade da pessoa surge como um princípio fundamental para a enfermagem.

No Código Deontológico dos Enfermeiros, o artigo 86.º - Do direito pela intimidade, o enfermeiro assume o dever de: a)respeitar a intimidade de pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na tarefa que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

No artigo 87.º - Do respeito pelo doente terminal, é referido que "*o enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*" Assim "*é dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas de direitos dos doentes.*"

Também o artigo 81.º- Dos valores humanos, o enfermeiro assume o dever de: "*a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, e) abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida".* No artigo 89.º- Da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de*: "a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.*"

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (art.4, 1.), a enfermagem "*tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*."

Segundo Pacheco (2002) os direitos do doente terminal em *"alguns aspetos não são devidamente tidos em linha de conta, nomeadamente a importância de cuidar quando já não é possível curar", e "morrer com dignidade é, sobretudo, morrer no tempo certo – sem antecipação ou adiamento da morte – e da forma certa – sem dor, sem sofrimento e acompanhado".*

Os desafios éticos que se colocam perante o cliente em fase terminal estão relacionados com os últimos momentos de vida, pois ainda temos clientes que morrem com dor e sozinhos. Para ajudar os clientes em fase terminal devemos promover-lhes um atendimento humano, personalizado e com respeito pelas suas escolhas, procurando promover uma morte digna.

Segundo Bailey (2001) torna-se importante cultivar o respeito pela morte, pois com frequência é mal compreendida e aceite. Também Machado e Figueiredo (2002) referem que os clientes, numa situação de morte, não devem ser expostos a quem não tem perfil humanitário e que é indispensável nestes momentos, facultar um ambiente confortável onde o profissional de saúde esteja disponível para dar apoio emocional ao cliente e familiares respeitando-os em toda a sua dignidade. Os enfermeiros assumem um papel de extrema relevância, na medida que são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos clientes e familiares, assim, devem promover um ambiente calmo e tranquilo mostrando disponibilidade, para poderem contribuir, não só, para o alívio do sofrimento físico, mas também, para o alívio do sofrimento espiritual, que por vezes, é esquecido.

3 – CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-nos uma análise da temática do cliente terminal, baseada no processo de enfermagem, com enquadramento teórico num modelo concetual de enfermagem e utilizando a CIPE, permitindo assim adquirirmos e desenvolvermos conhecimentos relativamente à evolução do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, a nível Nacional e Internacional.

Foi de extrema importância a aquisição de saberes nas dimensões ética, jurídica e deontológica da supervisão de cuidados em enfermagem, uma vez que é uma ferramenta essencial dos cuidados e na decisão ética de enfermagem que visa promover a excelência dos cuidados de enfermagem.

A relação de ajuda aliada à tomada de decisão do enfermeiro, à evidência científica para a prática de enfermagem e às competências do enfermeiro especialista, obrigou-nos a mobilizar conhecimentos que permitiram construir o trabalho nos moldes apresentados. Do enfermeiro especialista espera-se um desempenho adequado na supervisão de cuidados, analisando com regularidade a praxis para minimizar o risco de complicações, promover práticas seguras e a melhoria contínua da qualidade, sendo a realização deste trabalho um particular exemplo.

O modelo teórico adotado foi o de Katharine Kolcaba, com a sua teoria do conforto. Esta premissa encaixa na perfeição nas características do caso apresentado, pois o conforto surge como pedra basilar nos cuidados ao cliente terminal.

Consideramos os objetivos inicialmente propostos atingidos. Porém, o caso não foi resolvido uma vez que a cliente faleceu. Ainda assim, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a reflexão do caso serão certamente fulcrais para a resolução de casos futuros de natureza idêntica.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

ABIVEN, M. – **Para Uma Morte Mais Humana - Experiência De Uma Unidade Hospitalar De Cuidados Paliativos**. Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2001, ISBN 972-8383-25-8.

ABREU,W. – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico.** Coimbra, Portugal: Formasau. 2007, ISBN 978-972-8485-87-0.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 2003. ISBN 978-972-40-1852-2.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR (APED) – Enfermagem. **Revista Dor** ®: Vol.15, nº1, 2007. ISSN 0872-4814.

BAILEY, A. – **Morte: a grande aventura**. 2ª Edição. Niterói: Fundação Cultural Avatar, 2001.

BENNER, P. – **De Iniciado a Perito**. Coimbra. Quarteto Editora, Dezembro 2001, ISBN 972-8535-97-X.

DEODATO, S. – Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular Em Enfermagem. **Revista Percursos**. Setúbal. ISSN1646-5067. Nº 18 (out./dez. 2010), p. 3-7.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. – **Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interativo.** Lisboa, Lusodidacta. 1994. ISBN 972-95399/4/4.

GAMEIRO, M. – **Sofrimento na doença**. Coimbra. Quarteto Editora. 2000. ISBN 972-8535-06-6.

HOLLOWAY, E. – Clinical Supervision: a systems approach. USA: **Sage Publications**, 1995.

KOLCABA, K. – **Confort theory and practice. A vision for holistic health care and research.** New York: 2002, Springer

KRON, T. – **Liderazgo y administracion en enfermeria**. 5ª Edição. México: Nueva Editorial Interamericana, 1983.

MACHADO, W.; FIGUEIREDO, N. – Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência quase-morte. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeir**o, ISSN: 0104- 3552, Nº3 (set./dez. 2002), p.153-159.

METZGER, C. [et al] – **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor, Modalidades de Tratamento e Psicologia do doente**. Loures: Lusociência, 2002.

MUNSON, C. – **Handbook of Clinical Social Work Supervision**. 3rd Edition. Binghamton: The Haworth Press, 2002.

NETO, I.; BARBOSA, A. – **Manual de Cuidados Paliativos**, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006, ISBN 978-972-9349-21-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.** Lusodidacta, 2011, ISBN 978- 92-95094-35-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, série I, número 1, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos. Lisboa. 2001.

PACHECO, S.- **Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal: Perspetiva Ética**.1ª Edição. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.,2002,ISBN 972-8383-30-4.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. - **Modelos Para o Exercício de Enfermagem**.1ª Edição. Lisboa. Grafilarte - Artes Gráficas, Lda., 1986.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos para o Exercício de Enfermagem**. Londres: Heinmann Nursing, 1992.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**, 2003.

PORTUGAL. Direção Geral de saúde – **Circular Normativa: Programa Nacional de Controlo da Dor**, 2008.

REGULAMENTO nº 122/2011 "**D.R., 2ªsérie**", nº35 (18-2-2011) 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

SORENSEN & LUCKMAN **- Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. 1ª Edição Lisboa. Lusodidacta, 1998.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ª Edição. Loures. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda,2004, ISBN:972-8383-74-6.

ELECTRÓNICAS

ABREU, W. – Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Informação e Promover a Qualidade. **Lusomed** [Em linha]. 2004. [Consult. 06 jun. 2012]. Disponível em: http.//lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html.

ABRUNHOSA, M. – **Manual de Medicina Geral e Familiar** – Parte II – 2.9 – Cuidados Paliativos. Promoção e proteção da saúde nas diferentes fases de vida – Doente terminal. [Em linha]. 2000. [Consult. 22 jun. 2012]. Disponível em: htt://csgois.web.interacesso.pt/MGFVOO1MASTER/paginas/001_indice.htlm.

BRUM, C.; STEFANI, S. – Uso de Antieméticos. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**. 2011;3(3).ISSN 1984 – 087X, p.5-25. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em: http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP7.pdf.

GARRIDO, A. – **A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros**. Dissertação para Mestre em Supervisão [Em linha], 2004. Universidade de Aveiro. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf

NUNES, L. – **Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente** [Em linha]. 2006**.** [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Critica** [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult.30 abril.2012]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B06316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde – Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos.2011 [Em linha]. [Consult. 16 jun. 2012]. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. [Em linha]. [Consult. 10 jun. 2012]. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt.

ROQUE, C. – **Agonia – Últimos Momentos de um Doente Terminal**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina. [Em linha], 2010. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em:

https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18763/1/Carolina%20Roque%20-%20Agonia%20-%20ultimos%20momentos%20de%20um%20doente%20term.pdf.

SILVA, M. – Síndrome da Anorexia e Caquexia em Portadores de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2006; 52(1). ISSN 2176 – 9745, p.63. [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao3.pdf.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING – Position **Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting** [Em linha]. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível em http:\\www.clinicalsupervision.com/clinsup.htm.

VALE, B. – **Hipoglicemias. Causas, diagnóstico e abordagem terapêutica**. Dissertação para Mestrado Integrado em Medicina [Em linha], 2010. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Consult. [26 jun. 2012]. Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52846/2/Hipoglicemias.pdf

Apêndice 27

Artigo – Uso e Seleção de Equipamento de Proteção Individual e Suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem

USO E SELEÇÃO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E SUAS REPERCUSSÕES NO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Use and selection of personal protective equipment and its repercussions in the nursing care

Maria Teresa Cordeiro

(Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica IPS-ESS)

Co- Autor – Elsa Monteiro
(Professora IPS-ESS)

RESUMO

A infeção constitui um problema relevante na prática dos cuidados hospitalares, devido à morbilidade e mortalidade que causa, já para não falar dos custos elevados a que está associada. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis e que a sua prevenção é possível[1]. É essencial que na prestação de cuidados de enfermagem se desencadeiem ações para prevenir e controlar a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), contribuindo assim para a melhoria dos cuidados e segurança do cliente. Estas ações incluem as medidas de precauções básicas onde se insere o equipamento de proteção individual (EPI), que tem vindo a adquirir um papel crucial na garantia de segurança quer nos clientes quer no pessoal de saúde.

Palavras-chave: Equipamento de proteção individual. IACS.

ABSTRACT

Infection is a significant problem in the practice of hospital cares due to the morbility and the mortality that causes beyond the high costs that is associated with. International studies reveal that about a third of the infections acquired in course care are certainly avoidable and that its prevention is possible[1]. It is essential in providing nursing cares that trigger actions to prevent and control the Health Care Infection Associated (HCIA), this contributing to the improvement of care and client security. These actions include the basic precaution measure where the personal protective equipment (PPE) is inserted, which has gained a crucial role in ensuring safety assurance either to the clients or to the health personnel.

Key-words: Personal protective equipment. HCAI.

INTRODUÇÃO

Este artigo baseia-se em guidelines do Centers for Disease Control Prevention (CDC) e Health Protection Scotland (HPS), que foram submetidas ao instrumento de avaliação de normas clínicas Agree II, assim como em estudos científicos selecionados após pesquisa bibliográfica.

A Organização Mundial de Saúde reconhece que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), dificultam o tratamento adequado de clientes e são uma causa importante de morbilidade/mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos hospitalares e da comunidade. De forma a tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde foi reformulado em 2007, visando conhecer a realidade nacional, através da sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre infeção nas unidades de saúde, para que seja promovida a diminuição da incidência da IACS em Portugal, contribuindo para a segurança do doente[1].

O Relatório de Prevalência de Infeção de 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde realizado em Portugal que incluiu 97 hospitais, revela que a taxa de prevalência de IACS adquiridas no hospital foi de 11,7% em 9,8% de clientes internados[2].

A IACS, para além de constituir um problema de saúde devido à elevada morbilidade e mortalidade têm custos associados sendo, no entanto, difícil atribuir-lhe um custo[3]. Mas se considerarmos o prolongamento dos internamentos, o aumento da utilização de fármacos, o recurso a exames complementares de diagnóstico, a necessidade de isolamento, para além dos custos indiretos relacionados com a perda de produtividade por parte do cliente, os custos económicos aumentam consideravelmente[4].

O aumento de clientes internados com doença crónica, idade avançada assim como o recurso cada vez maior a procedimentos e técnicas invasivas, conduzem à probabilidade de infeção. A utilização de dispositivos médicos nem sempre é inócua, abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos. Estes microrganismos poderão estar relacionados com infeções na corrente sanguínea (infeção nosocomial da corrente

sanguínea), pulmões (infeção associada a ventilação) ou nas vias urinárias (infeção do trato urinário). A segurança do cliente está relacionada por um lado com o cliente e por outro com os cuidados prestados que envolvem características individuais e organizacionais A eficácia das ações para prevenção e controlo de infeção está relacionada com os programas de controlo de infeção implementados. Esta situação deve ter uma abordagem prioritária nas instituições de saúde, no sentido de reduzir o risco de transmissão de infeção cruzada e de deteção precoce das infeções, para que haja uma intervenção eficaz e melhoria dos resultados[3].

A diminuição das taxas de infeção, são entendidas como um bom indicador de qualidade, sendo assim a prevenção é essencial como garante da qualidade dos cuidados prestados[5].

Para Souza et al[6] os enfermeiros podem contribuir para a redução dos índices de infeção hospitalar, através da adoção de medidas de precaução. Ao comungarmos com esta opinião entendemos que a prática dos cuidados de enfermagem é fulcral na prevenção e controlo de infeção, visto os enfermeiros serem os profissionais que mantêm um contacto frequente e permanente com o cliente internado. Sendo assim é essencial que as boas práticas sejam uma constante no seu exercício profissional.

Nesta perspetiva propusemo-nos abordar a temática da seleção e uso de EPI pelos enfermeiros como medida de precaução básica na prevenção e controlo de infeção no contexto dos cuidados de enfermagem.

A PREVENÇÃO E O CONTROLO DA INFEÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O EPI permite aos profissionais de enfermagem executar cuidados aos clientes de forma segura, não colocando em risco a saúde do cliente e zelando pela integridade física dos mesmos[7].

Os enfermeiros são os profissionais que mais permanecem em contacto físico com os clientes e consequentemente estão mais sujeitos ao risco de infeção, assim como podem ser o elo mais evidente na transmissão de infeção. Para evitar os riscos de contaminação, os enfermeiros devem conhecer e adotar no seu ambiente de trabalho as medidas de precauções básicas. Estas medidas previnem a expansão de infeção, geralmente

vinculada a sangue, fluidos corporais (exceto o suor), secreções, pele e mucosas com lesões[8].

Segundo Pina et al. (2010:33) [3] *" (...) o uso de EPI faz parte integrante das Precauções básicas, tendo vindo a ganhar importância devido à necessidade de garantir a segurança não só do PS, mas também dos doentes".*

A Diretiva 89/686/CEE publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias Nº L 399/18 de 1-12-1989 define EPI "*como qualquer dispositivo ou meio que se destine a ser envergado ou manejado por uma pessoa com vista à sua proteção contra um ou mais riscos suscetíveis de ameaçar a sua saúde, bem como a sua segurança"*[9].

A decisão de usar ou não EPI (luvas, bata/avental, máscara, óculos entre outros) e qual o equipamento a usar em cada momento da prestação de cuidados, deve ser baseada na avaliação de risco de transmissão cruzada de microrganismos, no risco de contaminação do fardamento, pele ou mucosas do pessoal de saúde com sangue, líquidos orgânicos, secreções e excreções do doente[3].

Pina (2007) acrescenta que o uso de EPI só é eficaz se estiver disponível, for apropriado às condições de trabalho e risco da instituição, seja compatível entre si se utilizado em simultâneo e cumpra as diretivas referentes ao seu desenho, certificação e teste. Refere ainda que o EPI reduz mas não elimina o risco de transmissão e só é efetivo se usado corretamente e em cada contacto. O seu uso não substitui as medidas básicas de higiene, nomeadamente a higienização das mãos, devendo evitar-se o contacto com superfícies, roupas ou pessoas. O EPI utilizado nos clientes deve ser considerado de risco biológico e eliminado para autoclavagem, incineração ou método alternativo[10].

A utilização de EPI relaciona-se com a aceitação deste por parte dos trabalhadores[11]. Muitas vezes observa-se o uso inadequado ou o desuso de EPI por parte dos enfermeiros, executando o "cuidar " na perspetiva do "fazer" e não adotando medidas de biossegurança necessárias à sua proteção e à do cliente[6]. Um estudo efetuado por Mafra et al.[12] demonstra que os enfermeiros percebem a importância do uso de EPI e têm conhecimento dos riscos biológicos a que estão expostos, mas essa perceção não é suficiente para a sua utilização na prática. A utilização adequada e frequente de EPI

pelos enfermeiros desempenha um papel importante na redução do risco de infeção, bem como na sua proteção.

A pedra basilar da prevenção e controlo de infeção nos cuidados de saúde são as recomendações das Precauções Básicas, onde se inserem as indicações para o uso correto do EPI. A segurança e gestão de risco nos cuidados de enfermagem são aspetos fundamentais na qualidade, prevenindo ou reduzindo a ocorrência do erro, garantindo-se assim a segurança do cliente, dos profissionais e da Organização[3].

O uso de bata é indicado para proteger a roupa e a pele do profissional reduzindo o risco de infeção cruzada a outros clientes através da roupa. As batas podem ser esterilizadas ou limpas (permeáveis e impermeáveis), de uso único ou reutilizáveis. As impermeáveis estão recomendadas em procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa/ pele com sangue ou fluidos orgânicos, as esterilizadas em procedimentos invasivos com técnica assética e as limpas em procedimentos sem risco de contaminação. Está indicado selecionar a bata de acordo com o procedimento a realizar e com a quantidade de líquidos que se prevê que sejam produzidos, assim como mudar entre clientes e entre procedimentos no mesmo cliente que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos. Deverá ser removida após procedimento[13].

Os aventais estão recomendados para uso geral em que não haja necessidade de proteger os membros superiores, protegendo a roupa do profissional. Deverão ser utilizados em procedimentos em que seja previsível a contaminação da roupa por fluidos orgânicos. É adequado selecionar aventais de plástico descartável e mudar entre clientes e entre procedimentos no mesmo cliente que envolvam contacto com locais que podem conter elevadas concentrações de microrganismos. Deverão ser descartados, após virar do avesso e enrolar [13].

O uso de máscara é recomendado em todos os procedimentos em que haja risco de salpicos contendo sangue, líquidos orgânicos, secreções ou excreções [14]. O objetivo é por um lado proteger o cliente da libertação potencial de partículas contendo microrganismos e por outro proteger o profissional de saúde contra a exposição mucocutânea de gotículas e salpicos[3].

Atualmente a proteção da face faz parte das recomendações básicas para proteção dos profissionais contra as contaminações biológicas. Vários tipos de máscara com ou sem viseira proporcionam uma proteção específica ou mais alargada e devem ser selecionadas em função do tipo de exposição esperada e do tipo de interação com o cliente. Quando são utilizadas pelos profissionais com a finalidade de protegerem o ambiente, são consideradas dispositivos médicos, na utilização para proteção dos profissionais são consideradas como equipamento de proteção individual[14].

As máscaras protegem a face, nariz, boca e por vezes os olhos, devendo tapar completamente a face. Devem ficar bem ajustadas à face, não devem estar penduradas em volta do pescoço e se tiverem uma camada impermeável protegem contra o risco de projeção de líquidos biológicos (fluido resistentes) [15]. Podem ser de procedimentos, cirúrgicas e cirúrgicas com viseira. As máscaras de procedimentos estão recomendadas em ações sem risco de contaminação da face com sangue ou fluidos orgânicos. As cirúrgicas (fluido resistentes) estão indicadas em procedimentos com salpicos e aerossolização de sangue, fluidos orgânicos ou de desinfetantes que contaminem a face, assim como em procedimentos com técnica estéril, contacto com clientes em isolamento de gotícula e em clientes em isolamento de via aérea. As cirúrgicas com viseira (fluido resistentes) estão aconselhadas em procedimentos em que se preveja a contaminação da face e da mucosa ocular[16]. É adequado descartar a máscara após contacto com o cliente, pelos atilhos e ser o último EPI a ser removido [15].

Os óculos devem tapar os olhos mesmo lateralmente e o anti embaciamento é importante para permitir uma boa visualização. Os de uso pessoal não substituem os de proteção. Devem ser mudados se contaminados ou no fim do procedimento e remover sem luvas, afastando-os da face[17].

O uso de luvas nos cuidados de saúde tem por finalidade proteger o cliente da transferência de microrganismos a partir do profissional e dos materiais e equipamentos contaminados, assim como proteger o profissional contra a transferência de microrganismos do cliente e dos materiais e equipamentos contaminados. As luvas têm microporos e por vezes após contacto com líquidos perdem a sua impermeabilidade, então dever-se-á cobrir os cortes e outros ferimentos que possam existir nas mãos

com adesivos impermeáveis antes de as calçar, devem ser colocadas imediatamente antes da execução do procedimento e removidas logo após a sua execução (não se devendo usar as mesmas luvas, de cliente para cliente assim como para procedimentos diferentes no mesmo cliente). O uso de luvas deve ser conjugado com a higienização das mãos antes da colocação e após remoção das mesmas. Quando se usa outro tipo de EPI, deve ser o último a ser colocado e o primeiro a ser removido, evitando o contacto com as superfícies exteriores e substituído se estiver perfurado ou rasgado[14].

As luvas são eficazes na prevenção da contaminação das mãos dos profissionais embora não confiram proteção total, podendo até constituir um risco acrescido para clientes e profissionais. Podem ser estéreis ou não estéreis (limpas). As não estéreis estão recomendadas quando existe contacto com sangue ou fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não integra, materiais contaminados, clientes em isolamento de contacto e equipamento e superfícies ambientais contaminados (luvas de borracha de uso doméstico). As estéreis estão recomendadas em procedimentos cirúrgicos e procedimentos com técnica assética[16-18].

Segundo as guidelines do Centers for Disease Control Prevention (CDC) [19,] em que nos baseámos e que traduzem níveis de evidência na prática dos cuidados, a ordem correta de colocação de EPI é bata, máscara, óculos, luvas e a de remoção luvas, óculos, bata, máscara. É importante ter a consciência de que o EPI reduz, mas não elimina o risco de transmissão cruzada de microrganismos, só sendo eficaz se usado corretamente, não substituindo qualquer uma das outras recomendações que integram as precauções básicas, nomeadamente a higienização das mãos. O uso incorreto de EPI, nomeadamente de luvas, aumenta o risco de disseminação de microrganismos pelo ambiente de cuidados de saúde, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade da transmissão cruzada de infeção associada aos cuidados de saúde[3].

Estudos desenvolvidos por Bonnie et al., (2009); Efastathiou et al., (2011); Lio et al., (2010) [6], envolvendo a utilização de EPI pelos enfermeiros, revelam que para além das questões de ordem comportamental e logística, também são apontados como aspetos dificultadores de adesão ao EPI, a falta de tempo, situações de emergência, sobrecarga de trabalho, desconhecimento acerca de uso, entre

outros**.**

Embora recaia sobre os enfermeiros uma grande responsabilidade na prevenção e controlo de infeção, as suas ações estão relacionadas com políticas governamentais, institucionais, relações interpessoais, normatização dos serviços, medidas de prevenção e controlo. Os enfermeiros sofrem o impacto decorrente das dificuldades encontradas para o controlo das infeções, mas essas dificuldades não devem constituir fatores impeditivos, mas sim levar à procura de caminhos alternativos que avancem na perspetiva do controlo das infeções[20].

CONCLUSÃO

Algumas infeções são evitáveis podendo-se interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos. A interrupção dessa cadeia pode ser realizada através de medidas eficazes como a higienização das mãos e a utilização de EPI. Nesta perspetiva, as instituições de saúde devem adotar medidas de prevenção e controle de infeção, através das precauções básicas. Estas podem ser definidas como um conjunto de medidas aplicadas na prestação de cuidados a todos os clientes, independentemente de seu estado infetado ou não e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, pretendendo reduzir a transmissão de agentes patogénicos. No grupo das precauções básicas estão incluídos os equipamentos de proteção individual (máscaras, óculos, luvas, bata/avental) e a higienização das mãos entre outras[3].

Durante a prestação de cuidados, os enfermeiros podem contribuir para a redução dos índices de infeção hospitalar através da adoção de tais precauções, porém observa-se na prática o uso inadequado ou o desuso dos equipamentos de proteção individual[6].
O EPI, de forma incorreta, é muitas vezes utilizado para o desempenho de várias atividades no mesmo cliente e entre clientes, o que constitui um risco acrescido para a infeção por contaminação cruzada e potencia a infeção associada aos cuidados de saúde, violando os princípios do controlo de infeção na prestação de cuidados de enfermagem[3].

O uso correto e frequente de EPI pelos enfermeiros, associada à higienização das mãos, desempenha um papel importante na redução do risco de infeção, bem como na sua própria proteção[10-12].

A prevenção e o controlo da infeção

hospitalar estão inerentes ao processo de cuidados e o enfermeiro tem competências para prestar cuidados seguros ao cliente, que associados a políticas institucionais, normatização dos serviços e medidas de prevenção e controlo, contribuem para a segurança dos cuidados e melhoria do Cuidar em Enfermagem[20].

REFERÊNCIAS

1. PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. Março, 2007.

2. PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**.** Departamento da Qualidade na Saúde,2010.

3. PINA, E. [et al.] – Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. [Em linha]. **Revista portuguesa de saúde pública**.Vol.10 (2010), p. 27-39. [Consult.15 nov. 2011]. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf.

4. DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. – **Prevenção de Infeções Adquiridas no Hospital – Um guia prático**. [Em linha]. Lisboa. INSRJ, 2002.93p. [Consult.5 dez. 2011]. Disponível em http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd4 9/man_oms.pdf.

5. CAMPOS, L. [et al.] - **Prevenir la infección nosocomial**. Revista ROL. Vol.29, nº6, (2006), p.43-48.

6. SOUZA, E. [et al.] – Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. [Em linha]. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n º 4 (Jul. 2011), p. 125-133. [Consult. 18 nov. 2011]. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=dor&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2242.

7. VASCONCELOS, B.; REIS, A.; VIEIRA, M. – Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do Muncípio de Coronel Fabriciano**.** [Em linha]. **Revista de Enfermagem Integrada.** Ipatinga:Unileste-MG. Vol. 1, nº 1 (nov/dez.2008), p. 99-111. [Consult. 2 Jan.2012]. Disponível em

http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf.

8. MARTINS, M. – **Manual de Infeção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª Edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda. Rio de Janeiro, 2001, ISBN 85-7199-256-8.

9. CONSELHO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Diretiva 89/686/CEE do Conselho de 21 de Dezembro de 1989 relativa à aproximação das legislações dos Estados membros respeitantes aos equipamentos de proteção individual, **Jornal Oficial das Comunidades Europeias,** [Em linha] nº L 399/18, 30/12/89. [Consult.15 abr. 2012].Disponívelemhttp://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1989:399:0018:0038:PT:PDF

10. PINA, E. – Equipamento de proteção individual - proteção facial e respiratória**. Revista Nursing**. Lisboa. ISSN0871-6196. Ano 17, nº 227 (novembro 2007), p.14-22.

11. KRAWSKY, G.; DAVILLERD, C. – Conditions d'acceptation des équipements de protection individuelle : étude bibliographique et position du problème - **INRS - Note Scientifique et Technique**. Nº 152, 1999, p.1-50.

12. MAFRA, A. [et al.] – Perceção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos EPI para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Em linha]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. Vol 1, nº 32 (Jan. /Mar. 2008), p. 31- 38. [Consult. 25 nov. 2011]. Disponível em http://www.scamilo.edu.br/ pdf/mundo_saude/58/31a38.pdf

13. SCOTLAND. NHS - National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Aprons/Gowns,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gowns-v1.0.pdf

14. PINA, E. – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196 Ano16,nº 214, (outubro 2006),p.28-33.

15. SCOTLAND. NHS - National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control**

Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Surgical Face Masks, [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-surgical-masks%20v1.0.pdf

16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infection Agents in Healthcare Setting,** 2007. [Em linha]. [Consult. 5 nov. 2011]. Disp. em http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html.

17. SCOTLAND. NHS - National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE, Eye/Face Protection,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-eyewearv1.0.pdf

18. SCOTLAND. NHS - National Services Scotland. Health Protection Scotland – **Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipment (PPE) Gloves,** [Em linha]. January, 2012. [Consult. 25 maio 2012]. Disponível em http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ppe/sicp-lr-gloves-v1.0.pdf

19. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - **Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Setting**. [Em linha]. [Projeção visual)]. 40 Diapositivos. [Consult. 10 dez. 2011]. Disponível em http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ppe/PPEslides6-29-04.pdf

20. PEREIRA, M. [et al.] – A Infeção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem**.** [Em linha]. Florianopolis. **Texto & Contexto.** ISSN 0104-0707. Ano/vol. 14, nº 2 (2005), p.250-257. [Consult. 7 dez.2011]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ /tce/v14n2/a13v14n2.pdf.

Anexo 1

Certificado das IV Jornadas de Controlo de Infeção da ANCI

ANCI

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CONTROLO DE INFECÇÃO

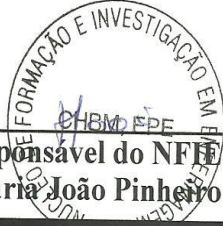
CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que:

MARIA TERESA COSTA MARTINS CORDEIRO

esteve presente nas IV Jornadas de Controlo de Infecção da Associação Nacional de Controlo de Infecção que decorreram no dia 4 de Novembro de 2011, no Hotel Olissipo Oriente, em Lisboa.

Lisboa, 4 de Novembro 2011

Comissão Organizadora

Anexo 2

Declaração de Presença na Reunião de Discussão das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Declaração

Declara-se que a Sr.ª Enfermeira,

Mª Teresa da C. Martins Cordeiro

Esteve presente, na Reunião de Discussão das Competências Comuns e Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, realizada na Sala de Formação do Hospital Nossa Senhora do Rosário com a duração de 2 horas, no dia 12 de Dezembro de 2011.
Esta reunião foi moderada pela Sr.ª Enf.ª Alice Ruivo, Prof.ª da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Barreiro, 12 de Dezembro de 2011

Responsável do NFIE
Maria João Pinheiro